

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

A Função Receita do Hospital Privado:

Caso prático da realização de uma Angioplastia
Transluminal Coronária Percutânea no Hospital dos
Lusíadas

André Miguel de Almeida Branco Raposo

XXXIX Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Setembro 2011

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor

AGRADECIMENTOS

Gostava de exprimir a minha gratidão pela orientação dedicada do Prof. Rui Santana, sempre disponível para transmitir a sua experiência e enriquecer o trabalho com a sua sabedoria.

Estou igualmente grato ao Dr. Manuel Roque e ao Dr. Jorge Pinto, que enquanto orientadores da instituição de saúde, sempre me apoiaram na recolha de informação e no esclarecimento das minhas dúvidas insistentes.

Deixo ainda, o meu agradecimento à equipe do Hospital dos Lusíadas, nomeadamente, ao Dr. Rui Sertório, ao Prof. José Baptista, à Dra. Maria José Eiró, à Dra. Helena Sengo, à Dra. Claudia Martins, à Enf.^a Ana Sousa, à Tec.^a Ana Almeida, à Dra. Susana Gomes, ao Dr. Marco Silva e à Dra. Silvia Lopes.

Por último, ao meu pai e a minha mãe por me terem apoiado na realização deste meu projecto.

A todos vocês, deixo o meu profundo agradecimento.

RESUMO

O presente trabalho tem como principal objectivo, avaliar a rentabilidade, a eficiência, e o risco financeiro de uma Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (PTCA) realizada no Hospital dos Lusíadas.

Para tal irá calcular-se o custo real do procedimento e comparar-se o seu valor, com a facturação aos terceiros pagadores com quem o hospital se relaciona.

A população alvo, do presente estudo concerne todos os episódios de internamento do Hospital dos Lusíadas em 2010, onde se tenha submetido um doente à realização de uma PTCA.

Como principal resultado, apurou-se que em 2010 a rentabilidade da PTCA no Hospital dos Lusíadas apresenta um custo médio por doente superior ao valor que é facturado aos terceiros pagadores com quem o hospital se relaciona.

No que respeita à eficiência e ao risco, estes variam em função do terceiro pagador e da respectiva metodologia de pagamento.

Posteriormente foi ainda efectuada uma análise de sensibilidade com objectivo de testar qual o impacto da variação do factor preço nos resultados do estudo, e qual seria a combinação óptima de factores, que permitiria atingir a rentabilidade alvo de 10%, tendo-se concluído que para tal, seria necessário triplicar a produção total da Sala de Hemodinâmica.

Por último, identificou-se a reduzida produção hospitalar da área da hemodinâmica no Hospital dos Lusíadas, como o principal factor explicativo da baixa rentabilidade do procedimento em análise.

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	1
1.2 OBJECTO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	2
1.2.1 ESTRUTURA DO TRABALHO	2
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1 A FUNÇÃO RECEITA DO HOSPITAL PRIVADO	3
2.1.1 O MERCADO DA PRESTAÇÃO DE SAÚDE PRIVADA EM PORTUGAL	3
2.1.2 A FORMAÇÃO DOS PREÇOS NO MERCADO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIVADOS PORTUGUÊS	7
2.1.3 A EVOLUÇÃO DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SUA RELAÇÃO COM OS PLANOS DE SAÚDE	11
2.1.4 A CAPACIDADE DA TRANSFERÊNCIA DE CUSTOS ENTRE PLANOS DE SAÚDE	14
2.2 METODOLOGIAS DE CUSTEIO APLICADOS À GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES	16
2.2.1.1 O MÉTODO DE CUSTEIO POR ABSORÇÃO (MÉTODO DAS SECÇÕES)	17
2.2.1.2 O MÉTODO DE CUSTEIO BASEADO NAS ACTIVIDADES	18
2.2.1.3 O MÉTODO DE CUSTEIO VARIÁVEL (DIRECTO)	19
2.2.2 METODOLOGIAS DE ESTIMAÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES	19
2.3 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DOS LUSÍADAS	21
2.3.1 DEPARTAMENTO CARDIOVASCULAR DO HOSPITAL DOS LUSÍADAS	23
2.3.2 ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA PERCUTÂNEA	23
2.3.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	25
CAPÍTULO III – DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS E FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO	27
3.1 OBJECTIVOS DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO	27
3.2 FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	27

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	28
4.1 FONTES DE INFORMAÇÃO	28
4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	29
4.2.1 CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	29
4.3 ETAPAS PARA REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO	31
4.3.1 CALCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS DE CADA COMPONENTE	32
4.3.1.1 CÁLCULO DO CUSTO REAL DOS EPISÓDIOS	32
4.3.1.2 INTERNAMENTO	35
4.3.1.3 PISO DE SALA	35
4.3.1.4 HONORÁRIOS MÉDICOS	36
4.3.1.5 MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS	36
4.3.1.5.1 CONSUMOS	36
4.3.1.5.2 STENT	37
4.3.1.5.3 CATETER BALÃO;	37
4.3.1.5.4 MCDTS	37
4.3.2 CÁLCULO DOS PROVEITOS REAIS DOS EPISÓDIOS	37
4.3.3 ANÁLISE DA RENTABILIDADE	38
4.3.3.1 RENTABILIDADE MÉDIA	38
4.3.3.2 RENTABILIDADE TEÓRICA	39
4.3.3.3 RENTABILIDADE REAL	39
4.3.4 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA	39
4.3.5 ANÁLISE DO RISCO FINANCEIRO	40
4.4 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE	41
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	42
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	42
5.2 ANÁLISE DA RENTABILIDADE	44

5.2.1	ANÁLISE DA RENTABILIDADE MÉDIA.....	44
5.2.2	ANÁLISE DA RENTABILIDADE TEÓRICA	44
5.2.3	ANÁLISE DA RENTABILIDADE REAL.....	44
5.3	ANÁLISE DA EFICIÊNCIA	48
5.4	ANÁLISE DO RISCO FINANCEIRO.....	48
5.5	ANÁLISE DE SENSIBILIDADE	49
5.5.1	CENÁRIO A – AUMENTO DOS PREÇOS	49
5.5.2	CENÁRIO B - AUMENTO DA PRODUÇÃO	49
5.5.3	CENÁRIO C - RENTABILIDADE TARGET =10%.....	52
	CAPITULO VI – DISCUSSÃO.....	55
6.1	DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	55
6.1.1	METODOLOGIAS DE APURAMENTO DE CUSTOS.....	56
6.1.2	AJUSTAMENTO PELO RISCO	58
6.1.3	COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.....	60
6.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
6.2.1	VERIFICAÇÃO DAS HIPOTHESES DE INVESTIGAÇÃO.....	62
6.2.2	RENTABILIDADE, EFICIÊNCIA E RISCO FINANCEIRO DA PTCA NO HOSPITAL DOS LUSÍADAS..	66
6.2.3	ANÁLISE DE SENSIBILIDADE	69
	CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	70
	BIBLIOGRAFIA	72
	ANEXOS.....	78
I.	ANEXO – CARACTERIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PRESTADORES DE SAUDE PRIVADOS.....	78
II.	ANEXO – MCDTS REALIZADOS PELA CARDIOLOGIA DO HL	79
III.	ANEXO - RESUMO DA ANÁLISE DE CUSTOS E PROVEITOS DA PTCA DE 2010	80

IV. ANEXO - CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE INTERNAMENTO.....	82
V. ANEXO - CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE DO PISO DE SALA	86
VI. ANEXO -- CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE HONORÁRIOS MÉDICOS.....	90
VII. ANEXO -- CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE CONSUMOS	92
VIII. ANEXO – CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE STENT	93
IX. ANEXO – CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE CATETER BALÃO.....	94
X. ANEXO – CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE MCDTS	95
XI. FACTURAÇÃO DE UMA ANGIOPLASTIA COM COLOCAÇÃO DE UM STENT	96
A. PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PTCA.....	96
B. PARTICULARES E SUBSISTEMAS PRIVADOS.....	96
C. SUBSISTEMAS PUBLICOS (ADM/ADSE E PT)	97
XII. TABELA DE PACOTES DE PREÇOS FECHADOS CARDIOLOGIA INTERVENÇÃO/ HEMODINÂMICA	98
A. TERCEIRO PAGADOR B	98
B. TERCEIRO PAGADOR C	99
C. TERCEIRO PAGADOR F.....	100
D. TERCEIRO PAGADOR D	100

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - EXEMPLOS DE VÁRIOS MODELOS DE <i>STENT</i> CORONÁRIO	24
FIGURA 2 - ILUSTRAÇÃO DA DILATAÇÃO DO VASO CORONÁRIO	25
FIGURA 3 – CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA DE EPISÓDIOS A ESTUDO	30
FIGURA 4 - METODOLOGIA ADOPTADA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	31
FIGURA 5 - INTERPRETAÇÃO DA EFICIÊNCIA	40
FIGURA 6 - INTERPRETAÇÃO DO RISCO FINANCEIRO	40
FIGURA 7 - RENTABILIDADE TEÓRICA DA PTCA EM 2010 POR TERCEIRO PAGADOR.....	44
FIGURA 8 - RENTABILIDADE REAL DA PTCA POR TERCEIRO PAGADOR	45
FIGURA 9 - RENTABILIDADE REAL PTCA POR METODOLOGIA DE PAGAMENTO E POR SUBSISTEMA.....	45
FIGURA 10 – RENTABILIDADE REAL VS RENTABILIDADE TEÓRICA POR TERCEIRO PAGADOR	62
FIGURA 11 - RENTABILIDADE REAL VS RENTABILIDADE TEÓRICA POR MET. E SUBS DE PAGMTO.....	63
FIGURA 12 - PESO RELATIVO DE CADA COMPONENTE NO CUSTO MÉDIO DA PTCA EM 2010	64
FIGURA 13 – RENTABILIDADE REAL DE CADA COMPONENTE NO CUSTO MÉDIO DA PTCA EM 2010	64
FIGURA 14 – EFICIÊNCIA DA PTCA POR SUBSISTEMA E METODOLOGIA DE PAGAMENTO	65
FIGURA 15 – RISCO FINANCEIRO DA PTCA POR SUBSISTEMA E METODOLOGIA DE PAGAMENTO.....	65
FIGURA 16 – RISCO FINANCEIRO POR FORMA DE PAGAMENTO	66

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS, POR TIPOLOGIA HOSPITALAR	4
QUADRO II - CAMAS DO INTERNAMENTO E OUTRAS CAMAS DOS HOSPITAIS.....	5
QUADRO III - CAMAS EM ENFERMARIAS E EM QUARTOS PRIVADOS, POR A TIPOLOGIA HOSPITALAR	5
QUADRO IV - SALAS HOSPITALARES POR TIPOLOGIA DE HOSPITAL.....	6
QUADRO V – MOVIMENTO ASSISTENCIAL DO HL PARA OS ANOS DE 2009 E 2010	22
QUADRO VI – QUADRO RESUMO DA FORMA DE CÁLCULO DAS COMPONENTES A ESTUDO	33
QUADRO VII – QUADRO RESUMO DA FORMA DE FACTURAÇÃO AOS TERCEIROS PAGADORES.....	38
QUADRO VIII – CENÁRIOS DA ANÁLISE DE SENSIBILIDADE	41
QUADRO IX – NÚMERO DE EPISÓDIOS POR TERCEIRO PAGADOR	42
QUADRO X – DISTRIBUIÇÃO DE EPISÓDIOS POR SEXO E IDADE.....	42
QUADRO XI – DISTRIBUIÇÃO DE CUSTOS POR FAIXAS ETÁRIAS	43
QUADRO XII – ANÁLISE DA RENTABILIDADE MÉDIA DA PTCA EM 2010 NO HOSPITAL DOS LUSÍADAS	46
QUADRO XIII – ANÁLISE DA RENTABILIDADE TEÓRICA DA PTCA POR TERCEIRO PAGADOR	46
QUADRO XIV – ANÁLISE DA RENTABILIDADE REAL DA PTCA EM 2010 NO HOSPITAL DOS LUSÍADAS.....	47

QUADRO XV – ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DA PTCA EM 2010 NO HOSPITAL DOS LUSÍADAS	48
QUADRO XVI – ANÁLISE DO RISCO DA PTCA EM 2010 NO HOSPITAL DOS LUSÍADAS	48
QUADRO XVII – TABELA DE PRODUÇÃO DA SALA DE HEMODINÂMICA (CENÁRIO B).....	49
QUADRO XVIII – ANÁLISE DA RENTABILIDADE MÉDIA DA PTCA (CENÁRIO A)	50
QUADRO XIX – ANÁLISE DA RENTABILIDADE REAL DA PTCA (CENÁRIO A)	50
QUADRO XX – TABELA DE IMPUTAÇÃO DE GASTOS À PRODUÇÃO DA SALA (CENÁRIO B).....	51
QUADRO XXI – TABELA DE IMPUTAÇÃO DE GASTOS À PRODUÇÃO DA SALA (CENÁRIO C).....	52
QUADRO XXII – TABELA DA PRODUÇÃO DA SALA DE HEMODINÂMICA (CENÁRIO C)	53
QUADRO XXIII – ANÁLISE DA RENTABILIDADE REAL EM 2010 E O TRIPLICAR DA SUA PRODUÇÃO	53
QUADRO XXIV – ANÁLISE DA RENTABILIDADE MÉDIA DA PTCA, (CENÁRIO C).....	54
QUADRO XXV – ANÁLISE DA RENTABILIDADE REAL DA PTCA, (CENÁRIO C)	54
QUADRO XXVI – ANÁLISE DA RENTABILIDADE MÉDIA DA PTCA EM 2010 NO HL.....	62
QUADRO XXVII – ANÁLISE DA RENTABILIDADE REAL, EFICIÊNCIA E RISCO FINANCEIRO.....	66
QUADRO XXVIII – CARACTERIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS GRUPOS PRIVADOS DE SAÚDE	78
QUADRO XXIX – MCDTS PRESTADOS PELO DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA NO HL	79
QUADRO XXX – QUADRO RESUMO DA ANÁLISE DE CUSTOS E PROVEITOS DA PTCA DE 2010	80
QUADRO XXXI – DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS CENTRO DE RESULTADO DO INTERNAMENTO...82	
QUADRO XXXII – CÁLCULO DO CUSTO REAL DO INTERNAMENTO	83
QUADRO XXXIII – DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS DO CENTRO DE RESULTADOS UCI.....	83
QUADRO XXXIV – CÁLCULO DO CUSTO REAL DA UCI.....	84
QUADRO XXXV – VALORES FACTURADOS POR TIPO DE DIÁRIAS	84
QUADRO XXXVI – QUADRO DE CUSTOS E PROVEITOS DA COMPONENTE DE INTERNAMENTO.....	85
QUADRO XXXVII – TABELA DE PRODUÇÃO DA SALA DE HEMODINÂMICA	86
QUADRO XXXVIII – TABELA DE IMPUTAÇÃO DE GASTOS DA SALA DE HEMODINÂMICA.....	86
QUADRO XXXIX – QUADRO DE CUSTOS E PROVEITOS DA COMPONENTE PISO DE SALA	87
QUADRO XL – MAPA DE AMORTIZAÇÕES DA SALA DE HEMODINÂMICA	88
QUADRO XLI – EXCERTO DA TABELA DA ORDEM DOS MÉDICOS	90
QUADRO XLII – TABELA DE VALORIZAÇÃO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS POR TERCEIRO PAGADOR	90
QUADRO XLIII – QUADRO DE CUSTOS E PROVEITOS DA COMPONENTE HONORÁRIOS MÉDICOS	91
QUADRO XLIV – QUADRO DE CUSTOS E PROVEITOS DA COMPONENTE CONSUMOS	92
QUADRO XLV – QUADRO DE CUSTOS E PROVEITOS DA COMPONENTE STENT	93
QUADRO XLVI – QUADRO DE CUSTOS E PROVEITOS DA COMPONENTE CATETER BALÃO	94
QUADRO XLVII – QUADRO DE CUSTOS E PROVEITOS DA COMPONENTE MCDTS	95

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC - *Activity-based Costing* (Custeio baseado em Actividades)

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADM – Assistência na Doença aos Militares

ADSE - Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

APHP - Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

CNVRAM - Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos

EPE – Entidade Pública Empresarial

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

HL - Hospital dos Lusíadas

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

PTCA - Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea

SA – Sociedade Anónima

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

TOM - Tabela da Ordem dos Médicos

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O sector da saúde em Portugal constitui tradicionalmente uma área de intervenção privilegiada da administração pública, sobretudo no que diz respeito aos grandes sistemas de saúde, complementada pela clínica privada e por instituições de carácter associativo ou de solidariedade social.

O sector público continua a investir em áreas diferenciadas em que as grandes linhas prioritárias passam pela promoção da saúde e prevenção da doença, destacando-se a reforma da rede de cuidados de saúde primários como um factor associado a uma maior acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde e à expansão da rede de cuidados continuados integrados, aumentando o número de camas e equipas de cuidados domiciliários, bem como a organização hospitalar e os seus sistemas e tecnologias de informação e comunicação, visando a modernização e a garantia de sustentabilidade financeira.

Paralelamente o sector da prestação privada de cuidados de saúde Portugueses, tem vindo a crescer significativamente (INE, 2005; APHP, 2010; Ribeiro, 2009; DBK, 2010). O que começou com a prática privada individual de alguns profissionais de saúde, transformou-se em meados do ano 2000 numa importante indústria nacional, suportada em grupos de prestadores de saúde, unidades de ambulatório, unidades de prestação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), clínicas, hospitais, centros de repouso e de cuidados paliativos.

Segundo a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (2010), as unidades de saúde privadas têm vindo a concentrar o seu esforço na oferta de serviços de excelência, com profissionais altamente qualificados nas respectivas áreas e na utilização dos mais modernos equipamentos. Pelo lado da procura, tem-se vindo a verificar um crescimento selectivo do mercado, assente numa maior diferenciação da oferta de serviços e no alargamento da base de clientes, em muito potenciado pela adesão crescente da população portuguesa a seguros privados de saúde.

Por seu lado, os clientes institucionais têm aumentado a pressão concorrencial para uma descida generalizada dos preços da prestação de cuidados de saúde, apresentando-se este como o grande desafio para a sustentabilidade do sector da saúde, e da saúde privada em particular.

Deste modo, é de uma grande relevância estudar o sector privado da prestação em Portugal e apreender de que forma este se assemelha ou distingue da prestação pública de saúde.

Foi com base nestas premissas e com grande entusiasmo que se aceitou a possibilidade de fazer a presente dissertação no sector privado da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no Hospital dos Lusíadas.

1.2 OBJECTO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O presente trabalho tem como principal objectivo avaliar a rentabilidade, a eficiência e o risco financeiro da Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (PTCA) no Hospital dos Lusíadas.

Para tal irá calcular-se o custo real do procedimento e comparar-se o seu valor, com a facturação aos terceiros pagadores com quem o hospital se relaciona.

Pretende-se ainda, Ilustrar a complexidade associada à “Função Receita” de um hospital privado português, sensibilizar a comunidade hospitalar para a necessidade e importância do apuramento dos custos hospitalares, e realçar a importância da implementação de uma correcta metodologia de custeio.

1.2.1 ESTRUTURA DO TRABALHO

Após a apresentação e justificação do tema no primeiro capítulo, no capítulo II é efectuada uma revisão da literatura à função receita do hospital privado, onde se retrata a realidade nacional e se relaciona com a evidência internacional. Elabora-se ainda, uma revisão das metodologias de custeio aplicadas à gestão hospitalar e uma descrição com base científica do procedimento cardiovascular em estudo.

No capítulo III, são definidos os objectivos do presente trabalho e apresentam-se as hipóteses de investigação e os cenários da análise de sensibilidade.

No capítulo IV, é apresentada a metodologia do estudo, e caracterizada a sua população.

Segue-se o capítulo V, onde se apresenta os resultados da dissertação de “trabalho de campo”, discutindo-se e validando as hipóteses da investigação no capítulo VI.

Por último, no capítulo VII, faz-se uma pequena síntese dos pontos mais relevantes, apresentam-se as principais conclusões e recomendações, e ainda as limitações inerente ao presente trabalho.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 A FUNÇÃO RECEITA DO HOSPITAL PRIVADO

2.1.1 O MERCADO DA PRESTAÇÃO DE SAÚDE PRIVADA EM PORTUGAL

Se, inicialmente, os hospitais eram essencialmente de natureza privada, a criação do SNS em 1979 provocou uma transferência dos hospitais das Misericórdias para o Estado.

No final da década de 90, o número de hospitais públicos diminuiu devido à transformação de pequenos hospitais em centros de saúde e à integração de pequenos hospitais em hospitais distritais. Mais recentemente observou-se, primeiro a transformação dos hospitais SPA em SA, seguidamente em EPE e actualmente em centros hospitalares que agregam vários hospitais, de próxima localização (Campos, 2008).

Embora as entidades privadas da área da saúde já existam há muitos anos, a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993 vieram legitimar a presença do sector privado no sistema de saúde português. Em pleno século XXI, este sector tem grande relevância na prestação de cuidados de saúde em geral e, particularmente, em áreas como a saúde oral, diálise renal, análises clínicas, fisioterapia ou serviços de radiologia, onde não existe uma cobertura integral por parte do SNS. O que levou a que em poucos anos, o número de hospitais privados com fins lucrativos aumentasse de 39 unidades em 2003 para 49 no final de 2007, o que reflecte um crescimento médio da oferta de 26% (APHP, 2010) ¹.

De acordo com Oliveira (2010), esta aponta cinco características específicas do sistema de saúde português como basilares para o desenvolvimento da oferta privada: *(1) a mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado, (2) a possibilidade de os médicos aumentarem o seu rendimento através de actividade no sector privado, (3) os incentivos à criação de unidades privadas e a contratualização (convenções) do sector privado pelo sector público desde os anos 80, (4) a criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera (tendo o sector público recorrido à contratualização privada em alguns destes programas) e (5) o sistema de deduções fiscais para gastos em saúde.*

¹ A evidência científica da prestação de saúde privada em Portugal afigura-se diminuta, o que resultou na necessidade de se recorrer a outras publicações não científicas (Ribeiro, 2009), estudos de mercado (DBK, 2010; Marktest, 2008) e associações do sector (APHP, 2010), para se evidenciar o mercado da prestação de saúde privada em Portugal.

Neste seguimento, a mesma autora afirma a existência de uma especialização produtiva na Saúde em Portugal, em que o SNS presta maioritariamente cuidados hospitalares de agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantis, e o sector privado dedica-se à prestação de consultas da especialidade, cuidados dentais e serviços de diagnóstico.

Em contraponto, Ribeiro (2009) argumenta que a procura dos cuidados de saúde pela população tem aumentado progressivamente devido a diversos factores exógenos, fundamentalmente, demográficos e socioeconómicos. No passado, a incapacidade do sector público de dar a resposta necessária criou uma oportunidade para a entrada dos privados que, numa fase inicial, foram contratados pelo Estado sob a forma de convenções em áreas como os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Actualmente, os privados têm um maior protagonismo, actuando em todas as áreas da prestação de cuidados de saúde, complementando e até competindo com os prestadores públicos.

Apesar de os cuidados de saúde públicos serem tendencialmente gratuitos, ainda assim os operadores privados têm prosperado, estando o crescimento a ser essencialmente estimulado pela forma de prestação do serviço: maior preocupação com o nível de conforto, adaptação da oferta dos serviços aos clientes, maior rapidez no diagnóstico e tratamento, possibilidade de realização de procedimentos dificilmente efectuados no SNS (intervenção estéticas ou tratamentos de fertilidade), entre outros (APHP, 2010).

De modo a caracterizar a oferta de prestação de saúde hospitalar, recorrendo-se às Estatísticas da Saúde de 2005 publicadas pelo INE, do universo de 189 hospitais portugueses podem comparar-se 132 hospitais, em Portugal continental: 96 hospitais públicos e 36 privados com fins lucrativos (adiante designados por hospitais privados), tendo-se excluído do âmbito de análise os hospitais militares, os hospitais paramilitares, os hospitais prisionais e os hospitais privados sem fins lucrativos.

Quadro I – Distribuição geográfica dos hospitais, por tipologia hospitalar

TIPOLOGIA HOSPITALAR	NORTE	CENTRO	LISBOA	ALENTEJO	ALGARVE	TOTAL
PÚBLICO	32	29	26	6	3	96
PRIVADO	11	8	13		4	36
TOTAL	43	37	39	6	7	132
PÚBLICO %	74%	78%	67%	100%	43%	73%
PRIVADO %	26%	22%	33%	0%	57%	27%
PÚBLICO % DO TOTAL	33%	30%	27%	6%	3%	100%
PRIVADO % DO TOTAL	31%	22%	36%	0%	11%	100%

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Em termos absolutos, o número de hospitais públicos é sempre superior ao de hospitais privados excepto na região do Algarve, onde nos últimos anos os operadores privados têm apostado no denominado “turismo de saúde” (Quadro I). Em termos relativos, o número de hospitais privados é superior na região de Lisboa e do Algarve, e é equivalente na região do Norte e inferior nas restantes regiões.

Já no que respeita à distribuição de camas entre internamento e outras camas é equivalente nos dois tipos de propriedade hospitalar (Quadro II), sendo que o número de camas referentes a quartos privados têm maior expressão nos hospitais privados, situação que se deve ao facto de os prestadores de cuidados de saúde privados apostarem no conforto e comunidade dos seus doentes e acompanhantes. (Quadro III).

Por último, a distribuição das salas hospitalares é equivalente em termos relativos, nos hospitais públicos e privados (Quadro IV).

Quadro II - Camas do internamento e outras camas dos hospitais, segundo a tipologia hospitalar

TIPOLOGIA HOSPITALAR	INTERNAMENTO (1)	OUTRAS CAMAS (2)	TOTAL	%
PÚBLICO	25.757	3.080	28.837	92%
PRIVADO	2.175	246	2.421	8%
TOTAL	27.932	3.326	31.258	100%
PÚBLICO % DO TOTAL	89%	11%	100%	
PRIVADO % DO TOTAL	90%	10%	100%	

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

- (1) Camas de internamento incluem enfermarias, quartos particulares, cuidados especiais / intensivos neo-natais, cuidados intensivos, cuidados intermédios, queimados e outras unidades
- (2) Outras camas incluem berçário, hospital de dia, recobro para operados, observação (dos SU) e outras)

Quadro III - Camas em enfermarias e em quartos privados, segundo a tipologia hospitalar

TIPOLOGIA HOSPITALAR	ENFERMARIAS	QUARTOS PARTICULARES	TOTAL	%
PÚBLICO	24.173	69	24.242	92%
PRIVADO	965	1.126	2.091	8%
TOTAL	25.138	1.195	26.333	100%
PÚBLICO % DO TOTAL	100%	0%	100%	
PRIVADO % DO TOTAL	46%	54%	100%	

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Quadro IV - Salas hospitalares por tipologia de hospital

TIPOLOGIA HOSPITALAR	SALAS OPERATÓRIAS	SALAS DE PARTOS	SALAS PARA TRABALHO DE PARTO	SALAS DE CONSULTA EXTERNA	TOTAL	%
PÚBLICO	502	160	103	3.360	4.125	87%
PRIVADO	104	16	13	478	611	13%
TOTAL	606	176	116	3.838	4.736	100%
PÚBLICO %	83%	91%	89%	88%		
PRIVADO %	17%	9%	11%	12%		
PÚBLICO % DO TOTAL	12%	4%	2%	81%	100%	
PRIVADO % DO TOTAL	17%	3%	2%	78%	100%	

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), na sua publicação “Conta Satélite da Saúde”, para o período 2000-2008, ao longo do período em análise, em média 94% da despesa das famílias em serviços de cuidados de saúde reparte-se por prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (37,4%), nas farmácias (32,4%), nos hospitais privados (12,7%) e nos outros retalhistas de bens médicos (11,4%).

Segundo o estudo “Saúde Privada”, publicado pela DBK² em 2010, o sector privado da saúde em Portugal, apresenta e mantém um potencial de crescimento, estimando-se que movimente um volume de negócios entre 700 e 800 milhões de euros ao ano.

No que respeita a estrutura da oferta, o mercado dos hospitais privados, apresenta uma concentração considerável. Os cinco principais operadores neste sector, José de Mello Saúde, Grupo Espírito Santo, HPP Saúde, Grupo Galilei Saúde e Clisa (Anexo I), reuniram em 2007 uma quota de mercado em valor, de cerca de 70%.

Estes cinco grupos com 64 unidades, as quais incluem hospitais, clínicas, casa de repouso e laboratórios, já representam juntamente com outras unidades de saúde 5000 camas e 25% da capacidade cirúrgica nacional (APHP, 2010). A Trofa Saúde e a AMI - Assistência Médica Integral são líderes de uma segunda linha de unidades independentes do foro bancário. O estudo associa o crescimento do negócio à "crescente penetração dos seguros de saúde" entre os portugueses (DBK, 2010).

² A DBK é uma empresa espanhola que efectua estudos de análise sectorial e de concorrência em Espanha e Portugal.

Ribeiro (2009) defende que o sector privado já não é um sector a viver das migalhas do sector público, mas sim um sector com peso importante na economia do país, com uma visão assente e ambiciosos objectivos de crescimento.

Por seu lado, a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP) acerca da saúde privada em Portugal em 2010, afirma que 40% dos cuidados de saúde são prestados pelo sector privado da prestação, os quais asseguram 25% dos internamentos em território nacional, 5% do total das urgências e dispõem de 15 % das camas.

De acordo com a APHP, os grandes responsáveis pelo crescimento da prestação privada dos cuidados de saúde são os seguros privados, uma vez que mais de 20% da população portuguesa tem seguro privado de saúde, o que corresponde a mais de 2 milhões de pessoas.

De acordo com um estudo da *Marktest* divulgado em Junho de 2008, 1,9 milhões de portugueses possuíam seguro de saúde naquela data, ou seja, 22,6% da população residente em Portugal continental com 15 ou mais anos.

No sector de seguros de saúde operam em Portugal 22 entidades, concentrando-se a oferta junto dos grandes grupos seguradores. Neste mercado, a quota total das cinco maiores companhias seguradoras, Fidelidade Mundial, Ocidental, Império Bonança, Victoria e Allianz, aumentou em 2007 para 74% (DBK, 2010).

Podemos desta forma concluir que, na última década o número de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde aumentou, tendo o volume de negócios dos principais grupos privados de saúde crescido na ordem dos dois dígitos. Segundo a APHP (2010), o volume de negócios das unidades privadas em 2009 rondou os 900 milhões de euros, valor que deverá ter aumentado para 1.000 milhões de euros em 2010, estabelecendo-se relações de complementaridade com o sector público.

2.1.2 A FORMAÇÃO DOS PREÇOS NO MERCADO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIVADOS PORTUGUÊS

Determinar o preço dos serviços a serem vendidos é um factor fundamental à gestão de qualquer empresa, independentemente da dimensão ou sector da sua actividade. Os Hospitais não deveriam fugir a esta regra, afinal, é através do preço que se pode equilibrar a oferta e a procura dos produtos, cativar clientes e obter lucro.

Quando o preço é determinado de forma empírica, a organização está a incorrer em riscos de ter prejuízos, baixar a competitividade e perder de clientes, por exemplo. De uma forma simplista, o preço de venda é determinado pela soma dos custos directos, custos indirectos das despesas operacionais ao qual é com acrescido da margem de lucro.

Contrariamente ao que se expõe, os hospitais são instituições que tradicionalmente têm sido pagas com recurso a orçamentos baseados nos seus custos históricos, o que representa um sistema de reembolso de custos (Barros, 2009; Cleverley e Cameron, 2007).

Contudo, a espiral crescente de custos hospitalares levou à procura de sistemas de pagamento que contivessem o seu crescimento. De acordo com Taheri *et. al.* (2001), a adopção de fórmulas pagamento prospectivo em 1983, nos hospitais Norte Americanos, representou um evento marcante e revolucionário da actividade hospitalar. Desde esse ano, os pacientes internados nos Hospitais Americanos pertencentes ao sistema *Medicare*³ passaram a ser classificados com base em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDHs), sendo posteriormente reembolsados de acordo com um valor previamente fixado, independentemente dos custos reais, dispendidos pela organização de saúde.

A aplicação do financiamento por GDHs tornou os Hospitais responsáveis pelas despesas incutidas no tratamento dos seus doentes, forçando os prestadores a operar mais eficientemente (Urbano e Bentes, 1990).

O sistema de classificação de doentes baseado em GDHs vigora em Portugal para o internamento em hospitais de agudos que compõem o Serviço Nacional de Saúde, alternativamente os restantes hospitais são financiados através de pagamentos ao acto (*fee-for-service*), sistemas de pagamentos mistos ou pagamentos por capitação (Barros, 2009).

Apesar da relevância do sistema de reembolso de doentes *Medicare*, este não se enquadra na realidade do sistema de seguro privado, uma vez que o financiamento dos hospitais se obtém pela via do seu orçamento histórico, do pagamento do episódio hospitalar, de pacotes de serviços e ainda através de uma fórmula capitolacional (Cleverley e Cameron, 2007).

Por seu lado, a maioria dos hospitais privados Portugueses enquanto empresas lucrativas, estão obrigados a uma adequada definição dos preços cobrados pelos serviços

³ Medicare é o nome do sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos da América e destinado a pessoas de idade igual ou superior que 65 anos ou que verifiquem certos critérios de rendimento. A primeira lei que colocou em prática o Medicare foi votada em 1965 como adição à legislação da segurança social. As pessoas de menos de 65 anos podem beneficiar da assistência do programa Medicare se forem portadores de alguma deficiência ou estiverem com doenças renais graves

hospitalares, que cubra os custos que lhe estão associados e geradores de lucro para o seu corpo accionista.

Segundo Cleverley e Cameron, (2007) e Matos, (2002), o processo de determinação de preços não se baseia apenas no apuramento dos custos unitários dos serviços e a correspondente aplicação da taxa de lucro que o hospital deseja obter. Para estabelecer a tabela de preços, além de considerar os custos operacionais, deverão ser levados em conta outros factores, tais como, as medidas restritivas à correcção das tabelas preços, a regulamentação específica ao sector da saúde, o nível de concorrência existente e as economias de escala perante a capacidade instalada. Todos estes factores obrigam a uma extrema atenção no momento da formulação dos preços dos serviços hospitalares.

A relação entre os prestadores de serviços de cuidados hospitalares e os diferentes terceiros pagadores da actividade de assistência médica tem experimentado diversas alternativas no que toca às formas de negociação (Matos, 2002).

No caso dos Hospitais privados, os seus clientes encontram-se entre os particulares, os operadores dos planos de saúde e o Subsistemas públicos de saúde (ADSE, ADM). Para estes clientes, a metodologia que predomina é o pagamento do episódio (*fee-for-service*), o qual contempla todos os serviços prestados a cada doente, através da especificação de todos os consumos utilizados (unidades de serviço) na prestação de cuidados.

Alternativamente, os planos de saúde começam a encetar experiências de remunerar os hospitais através de “pacotes”, os quais compreendem a fixação de um valor prévio à realização de um determinado procedimento hospitalar, independentemente das condições específicas ou dos consumos realizados por cada doente.

Segundo Matos (2002), no que respeita ao pagamento do episódio (*fee-for-service*), os preços são definidos de forma específica para cada um dos consumos do doente, devendo os seguintes elementos ser contabilizados para se apurar o valor a pagar pelo doente: Honorários médicos (valores referentes ao pagamento da produção de actos médicos); Diárias hospitalares (diária da unidade de cuidados intensivos, diárias de internamento, diária de Unidade de cuidados ambulatoriais, etc); Uso de sala (valor referentes ao uso da sala de cirurgia ou de recuperação, entre outras); Uso de equipamento (valores referentes ao uso de equipamento e aparelhos utilizados pelo paciente); Materiais e medicamentos (valores específicos para cada um dos materiais médicos e cirúrgicos utilizados pelo paciente); Material de consumo clínico (valores correspondentes ao consumo de gases,

oxigénio, ar comprimido e outros) e Serviços de diagnósticos (somatório do conjunto de MCDTs prestados ao paciente)

Por seu lado, a metodologia de remuneração dos serviços hospitalares sob a forma de “pacotes” compreende uma alternativa de negociação de preços, com os terceiros pagadores, a qual envolve maiores riscos para os hospitais e exige pré-requisitos à sua aplicação, entre os quais, informações provenientes do sistema de custeio e perfis de utilização das unidades de serviços de cada um dos procedimentos hospitalares, para os quais se pretende adoptar esta metodologia de pagamento (Cleverley e Cameron, 2007).

Sobre esta metodologia de pagamento Matos (2002) adverte que, o cálculo do valor a ser fixado pela venda do “pacote”, somente será apurado correctamente se o hospital dispuser de um histórico de informações sobre o custo do procedimento hospitalar, no que respeita aos parâmetros de utilização dos serviços e dos materiais.

Se por outro lado, o hospitalar não dispuser de um sistema de padronização de recursos, recomenda-se que seja dada preferência à implementação desta metodologia de pagamento aos procedimentos cirúrgicos, em resultado de uma maior padronização dos seus actos clínicos. Todavia, o “pacote” poderá não se adequar a todos os procedimentos hospitalares, sendo em alguns casos necessário adoptar a unidade de referência “paciente-dia ou a secção” para estabelecer os preços, por exemplo em casos de doentes crónicos ou de pacientes clínicos dificilmente padronizáveis (Matos 2002; Cleverley e Cameron, 2007).

Alternativamente aos três sistemas de pagamento anteriores, os hospitais privados poderão optar por um valor de financiamento *per capita*, para servirem uma população previamente determinada. Neste caso o hospital deixa de ser financiado pelos serviços prestados (pagamento ao acto e “pacotes”), e passa a receber um valor unitário por utilizador de uma população indicada pelo cliente, o qual poderá ser por exemplo uma empresa seguradora do ramo saúde, enquadrando-se numa lógica de “*managed care*” (Barros, 2009).

Segundo Barros (2009), o “*managed care*” é um sistema de organização da oferta de cuidados de saúde em rede, financiado através de um sistema de capitação prospectivo, pagando um valor fixo por beneficiário e por período de tempo. Desta forma, as organizações tipo “*managed care*” têm fortes incentivos à contenção de custos, receando-se que diminuam a qualidade e quantidade dos cuidados prestados aos seus clientes.

Os mecanismos sobre os quais se define o “*managed care*”, traduzem-se na escolha de um conjunto de prestadores preferenciais, com os quais o pagador negocia os preços, direccionando os beneficiários do seu seguro para estes prestadores. Estes oferecem

melhores condições no que respeita o acesso a consultas, contudo os cuidados de saúde de natureza hospitalar estão de alguma forma condicionados, sendo o seu acesso limitado.

Por contraponto, em Portugal o termo “*managed care*” tem sido traduzido como seguros de saúde em redes convencionadas, por dissemelhança do seguro tradicional, o qual se baseia no reembolso percentual do total das despesas em cuidados de saúde (Barros, 2009).

2.1.3 A EVOLUÇÃO DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SUA RELAÇÃO COM OS PLANOS DE SAÚDE

Na sua génese a literatura Americana sobre a concorrência entre hospitais, procurou explicar custos hospitalares mais elevados em áreas com mercados menos concentrados através de formas de competição que não ao nível dos preços (Robinson e Luft, 1985). De acordo com French (1996), os hospitais ofereciam tecnologia avançada e uma extensa lista de serviços disponíveis para competir pelos médicos, que por sua vez, lhes fornecem os pacientes. Esta forma de concorrência que não se traduz em preços, ficou conhecida por “*medical arms race*” (Luft et al., 1986).

De acordo com esta fórmula, se os concorrentes incrementam os seus custos e preço, contudo existisse uma limitação ao número de hospitais e uma regionalização serviços, então podia-se poupar dinheiro através da limitação de equipamentos redundantes e até mesmo melhorar a qualidade, em resultado da concentração dos serviços. Esta era a esperança dos administradores dos serviços de saúde Americanos na década de 70, os quais por uma variedade de razões acabaram por não atingir os resultados desejados (Salkever e Bice, 1978).

Segundo Keeler, *et. al.*, (1999) em 1982 a Califórnia tornou-se o primeiro estado Americano a prosseguir a reforma dos cuidados de saúde através de políticas pro-concorrência, aprovando uma lei que visava incentivar o aumento da concorrência de preços no sector dos cuidados de saúde, ao permitirem que as companhias de seguro selectivamente contratassem os seus prestadores de cuidados de saúde.

Com o advento do “*managed care*”, estudos recentes têm reportado que os custos hospitalares na Califórnia, subiram de uma forma mais lenta nas áreas mais competitivas e em áreas com maior penetração do regime de pagamento “*managed care*” (Robinson, 1996), o que sugere que os hospitais se encontram agora mais preocupados com a concorrência no que respeita ao preço dos seus serviços, do que na contratação e atracção de médicos e de novos serviços de saúde (Dranove, *et. al.*, 1993).

Contudo esta é uma realidade pouco documentada, e apenas nos trabalhos de Melnick *et. al.*, 1992, Lynk, 1995 e Keeler, *et. al.*, (1999), os autores encontraram fortes indícios de que a concorrência hospital se tenha alterado, desempenhando actualmente o factor preço um papel mais significativo, do que na década de 70 e 80.

Em particular, regista-se um incremento do impacto da concentração do mercado hospitalar, no que respeita o comportamento dos preços dos cuidados de saúde, uma vez que, mesmo hospitais sem fins lucrativos localizados em áreas menos competitivas, cobravam preços significativamente mais elevados do que aqueles que se situavam em áreas mais competitivas (Keeler, *et. al.*, 1999).

Segundo Melnick e Keeler (2007), enquanto anteriormente os custos e os preços mais elevados, foram observados em hospitais e em mercados menos concentrados (oferta), estudos recentes demonstram que os planos de saúde “*managed care*” através de uma contratação selectiva, têm conseguido negociar preços mais baixos a pagar pelos cuidados hospitalares. Assim sendo, os valores a pagar por um plano de saúde a um hospital, dependerá das suas valências hospitalares e da possibilidade de substitutos (concorrência), entre outros factores.

Todavia e apesar dos esforços para contenção preços, estudo recentes (Melnick e Keeler, 2007, Dranove *et. Al.* 2008), observam que os preços praticados nos Hospital dos EUA estão novamente a aumentar, depois de anos de pouco ou nenhum crescimento.

Duas explicações têm sido apresentadas para o aumento dos preços: (1) o controlo dos preços por planos de saúde “*managed care*” poderá ter sido enfraquecida em resultado da necessidade de alargar as redes de prestadores de saúde; e (2) os próprios prestadores de saúde reforçaram o seu poder negocial através da formação de grandes sistemas prestadores multi-hospitalares (Devers, *et. al.*, 2003).

Enquanto a procura global para a assistência hospitalar é relativamente inelástica, foi demonstrado que a procura de um hospital se torna mais elástica quando existem um maior número de hospitais substitutos (Dranove, *et. al.*, 1986). Na verdade, este facto permite a contratação selectiva de planos de saúde e a possibilidade de negociar descontos nos preços a pagar pelos cuidados de saúde, em mercados mais competitivos.

Em resposta à conjuntura que se relata, isto é, às constantes pressões para a redução dos preços, os hospitais Norte Americanos têm ripostado através de fusões e concentrações com os seus concorrentes, uma vez que diversos estudos demonstraram que fusões entre

concorrentes no mesmo mercado geográfico, podem permitir que se pratiquem preços mais elevados (Melnick et. al. 1999, Dranove, et. al., 2002)

Se em 1980, a maioria dos hospitais americanos eram organizações independentes e autónomas. Em 1996, 40 por cento de todos os hospitais comunitários eram membros de um subsistema de saúde e de 26 por cento eram membros de uma rede de serviços de saúde. Mais ainda, se em meados da década de 1980, mais de 40 por cento de todos os médicos eram profissionais independentes. Em 1997, esse número tinha caído para 26 por cento e a maioria dos médicos trabalha agora em ambientes com várias valências, como hospitais ou clínicas (Dranove, et. al., 2002). Os autores sugerem mesmo que, esta consolidação seja o resultado directo do crescimento dos planos de saúde “*managed care*”, uma vez que estes dois fenómenos ocorreram simultaneamente.

Por seu lado, além das referidas fusões, os hospitais assumiram outras formas de reestruturação organizacional, associando-se em redes com outros hospitais e formando sistemas multi-hospitalares.

Uma das razões que levou os hospitais a formarem sistemas multi-hospitalares advém da possibilidade de reestruturarem as suas operações, para se tornarem mais eficientes ou para se diferenciarem no mercado, prestando melhores produtos e serviços. Uma outra razão para a formação destes sistemas multi-hospitalares, foi o fortalecimento do seu poder de negociação com os planos de saúde (Melnick e Keeler, 2007).

Outra estratégia que se relata, como forma de enfrentar as pressões oriundas dos planos de saúde foi a inclusão no sistema multi-hospitalar, de um ou mais hospitais que tinham poder no mercado e em seguida, usar desse poder para transferir os preços mais elevados para os restantes hospitais pertencentes ao sistema, incluso para aquelas unidades de saúde localizadas em mercados mais concorrenciais e destes modo com preços mais competitivos (Melnick e Keeler, 2007).

Desta forma, a dinâmica de negociação entre os planos de saúde “*managed care*” e sistemas multi-hospitalares foi abalada, dando presentemente vantagem negocial aos hospitais que fazem parte de sistemas multi-hospitalares, em detrimento dos planos de saúde, que deste modo têm vindo a perder a sua capacidade negocial, no que respeita à negociação dos preços dos serviços de saúde.

2.1.4 A CAPACIDADE DA TRANSFERÊNCIA DE CUSTOS ENTRE PLANOS DE SAÚDE

Segundo Dowless (2007), a diminuição do valor do reembolso do sistema *Medicare*, combinado com uma percentagem significativa de doentes sem seguro e com valores de reembolso de seguros privados relativamente baixos, deixou muitos hospitais Americanos numa situação financeira muito difícil.

Em resposta a este cenário os hospitais têm gerido estrategicamente a sua receita de forma a maximizar o reembolso, aumentando a sua margem nos serviços com elevado volume e com o melhor mix de pagadores, alegando que esta estratégia lhes dá o maior retorno quando administrativamente marcam os seus preços.

A maioria das seguradoras de saúde privadas Norte-Americanas e muitos analistas afirmam que, esta estratégia de determinar os preços transferiu significativamente o peso dos custos dos cuidados de saúde dos governos para os pagadores privados, uma vez que com estes últimos o valor do reembolso ainda é negociável, tipicamente estabelecendo-se mais elevado do que o que é pago pelo Governo Americano (Dowless 2007).

Por outro lado a maioria dos autores, têm-se mostrado altamente cépticos quanto ao poder do mercado hospitalar e à sua capacidade de transferência de custos entre pagadores. Este cepticismo foi particularmente forte em meados dos anos 90, quando se acreditava que o poder dos hospitais teria sido enfraquecido perante os planos de saúde privados, uma vez que a doutrina “*managed care*” seria suficiente para impedir que os hospitais pudessem transferir os seus custos, nos preços cobrados pelos seus serviços de saúde.

Contudo, como referido anteriormente, apesar da implementação do “*managed care*”, das fusões entre instituições de saúde, e da consequente concentração do mercado de saúde, as escolhas dos consumidores, têm permitido aos prestadores hospitalares recuperar muito do poder de negociação inicialmente perdido.

Além do referido, o diferencial do incremento do valor da diária de internamento entre o valor pago pela *Medicare* e pelos seguros de saúde privados aumentou significativamente desde meados da década de 90, com os seguros de saúde privados a registarem em média aumentos anuais do diferencial em dois dígitos.

Mais ainda, quando o pagador privado apresenta um rácio de pagamento para o custo em tendência ascendente desde meados de 1990, numa relação inversamente proporcional com o regime do *Medicare*, no que respeita à relação de reembolsos e respectivos custos.

Anderson (2007) afirma que em 2004 os valores cobrados pelos hospitais americanos aos seus clientes particulares sem seguro de saúde eram duas vezes e meia os valores cobrados às seguradoras de saúde e mais de três vezes o valor do reembolso dos doentes da Medicare. O fosso entre os valores cobrados entre os clientes particulares sem seguro de saúde e os outros terceiros pagadores, tem vindo a crescer a um ritmo constante desde meados dos anos 1980, o que tornam cada vez mais difícil para alguns clientes, especialmente os não segurados, para pagar facturada dos cuidados hospitalares.

Segundo Dowless (2007), estes dados parecem suportar a possibilidade dos hospitais fazerem transferir através dos preços dos seus serviços a incapacidade de fazerem face à diminuição do valor do reembolso da Medicare, sendo este um fenómeno resultante da redução da concorrência entre prestadores de saúde.

Por seu lado, Ginsburg (2003) propõe que o poder que a indústria de cuidados de saúde detinha no mercado até à introdução do *“managed care”*, não conduziu necessariamente a que durante esse tempo se tivessem maximizado os preços. Este autor afirma que os hospitais, embora tenham fixado os seus preços alto o suficiente para assegurar a viabilidade financeira, poderão ter tomado uma decisão consciente de não maximizar a receita e o seu lucro.

Ainda o mesmo autor, advoga que a maioria dos hospitais Americanos são organizações sem fins lucrativos e que deste modo não têm obrigações remuneratórias com os seus accionistas, afirmando que, como resultado do seu estatuto, o objectivo principal dos hospitais seria a satisfação das suas necessidades de capital. Em apoio da sua tese, aponta para a missão, a governação e questões de incerteza quanto às restrições ao abuso de poder de mercado, ou seja, as necessidades da comunidade e relações, muitas vezes vêm antes de maximização de receita e lucro.

Deste modo, se realmente os hospitais não utilizaram completamente o poder de negociação que detinham no mercado para definirem os seus preços num nível que maximiza o seu lucro, então havia espaço para aumentar ainda mais os preços e transferir os custos para os pagadores privados.

Embora esta teoria pareça legitimar a transferências de custos entre pagadores públicos e privados, o que se traduz num aumento dos preços a cobrar pelos serviços prestados aos planos de saúde privados, a maioria dos autores acredita cabalmente que os hospitais teriam explorado anteriormente qualquer possibilidade de maximização do lucro, se tal lhes fosse permitido (Ginsburg, 2003).

2.2 METODOLOGIAS DE CUSTEIO APLICADOS À GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

Num cenário empresarial competitivo, os gestores das organizações passam a ter a necessidade de instrumentos de gestão adequados à administração dos recursos utilizados na consecução das actividades operacionais.

Este é um desafio inquestionável para as instituições de saúde, as quais convivem com o mesmo repto que as demais empresas, obrigando-se a critério de gestão profissional, sem a qual não se garante a viabilização económica das organizações de saúde.

Mais ainda quando é uma realidade o facto de os Sistemas de Saúde, independente da sua forma de financiamento, se debater com um crescimento constante da despesa em saúde e com a dificuldade em encontrar formas adicionais de financiamento.

Neste sentido Borges *et. al.* (2010), vêm ainda acrescentar que face a um cenário de inovação tecnológica e terapêutica constante, a um progressivo envelhecimento da população e o conseqüente aumento do consumo de recursos clínicos, torna-se emergente um conhecimento detalhado dos custos incorrido na actividade hospitalar.

Por seu lado, o campo das contabilidades está amplamente dividido em duas partes, a contabilidade financeira ou geral e a contabilidade de custos ou analítica. A primeira, fornece a informação externa regulamentada por princípios contabilísticos geralmente aceites, enquanto a segunda, fornece a informação para uso interno baseando-se em princípios ou normas emanadas por entidades reguladores. Nesta perspectiva, a contabilidade analítica, tem acompanhado a crescente informação para apoiar a gestão, permitindo a medição e avaliação da eficácia e eficiência operacional dos factores de produção, por funções, ou por actividades (Borges *et al.*, 1995).

O objecto da contabilidade de custos ou analítica são os custos, proveitos e resultados das organizações, que determina e analisa, não de uma forma global como acontece na contabilidade financeira ou geral mas de uma forma analítica adaptada às necessidades internas e particulares da organização.

Segundo Santana, (2009), a contabilidade analítica compreende toda a contabilização interna de custos e proveitos, de forma a apurar resultados por ramos de actividade, produtos, serviços, clientes ou por outros elementos normais ou extraordinários de cada instituição

De acordo com Costa *et al.* (2008a), existem duas abordagens ao apuramento de custos hospitalares. A abordagem “*bottom-up*” consiste na recolha de informação ao longo do processo de produção, utilizando para tal técnicas de micro-custeio. Por seu lado, a abordagem “*top-down*” parte da contabilidade geral, sendo a partir daí imputados internamente de forma a custear o output final, sendo estas, menos precisas que as “*bottom-up*”, uma vez que os valores obtidos são baseados em estimativas apuradas através de critérios de imputação indirecta.

Os diversos métodos de custeio permitem diferentes níveis de desagregação da informação contabilística, consagrando-se que o detalhe permita o cálculo dos custos ao nível do doente, entendendo-se o mesmo como o somatório de todos os custos resultantes do processo de produção de serviços de saúde prestados a um doente durante o seu período de internamento ou realização de um procedimento.

Segundo Costa *et al.* (2008a) o esforço de apuramento de custos com maior exactidão, tem como finalidades principais: (1) *Conhecer melhor a estrutura de consumo de recursos das organizações de saúde;* (2) *Permitir tomar decisões estratégicas e operacionais com um menor risco associado;* (3) *Reorganizar processos produtivos no sentido de maximizar a sua eficiência, qualidade e valor para o utente;* (4) *Permitir a aplicação de metodologias de avaliação económica entre cenários alternativos;* (5) *Constituir um elemento agregador em processos de integração de cuidados de saúde;* (6) *Permitir desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor e fiabilidade;* (7) *Aferir o nível de risco financeiro da unidade prestadora;* entre outras.

2.2.1.1 O MÉTODO DE CUSTEIO POR ABSORÇÃO (MÉTODO DAS SECÇÕES)

A grande maioria dos hospitais portugueses pertencentes ao SNS segue as regras de apuramento de custos prevista no Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde (POCMS) e no Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH – 3ª ed.), o qual divide o total dos custos em secções principais, nomeadamente de internamento, hospital de dia, consulta externa, urgência, entre outras.

O cálculo dos custos é realizado com a informação proveniente da contabilidade central do hospital. Trata-se de um método “*top down*” do qual resulta um nível de desagregação da informação pouco preciso, permitindo conhecer os custos médios por doente saído, o que não permite o apuramento de custos por produto ou linha de produto (Costa *et al.*, 2008a).

Segundo esta metodologia reparte-se os custos globais de um hospital por secção principal para o apuramento do custo por linha de produção, repartindo-se o total de custos pelo total da produção de uma determinada secção.

Presentemente os preços da produção hospitalar a contratualizar entre a ACSS e os Hospitais do SNS, resultam dos valores apurados na contabilidade analítica de cada hospital, os quais são calculados, segundo método das secções. Contudo torna-se fundamental evoluir de um modelo de financiamento baseado na contratualização de preços por linha de produção, para um sistema de custeio por actividade, no qual seja possível reconhecer os custos efectivos dos vários serviços prestados pelos hospitais (Borges *et. al.*, 2010).

2.2.1.2 O MÉTODO DE CUSTEIO BASEADO NAS ACTIVIDADES

O *activity-based costing* (ABC) ou o custo baseado nas actividades (CBA), é um método que permite saber exactamente o custo de cada acto prestado, clínico ou não clínico, o que possibilita a obtenção de custos ao nível do doente.

Um Hospital é constituído por um conjunto de actividades (combinação de tarefas e recursos com o objectivo de obter um determinado output – produto ou serviço); todas as actividades têm, ou devem ter, uma finalidade directa ou indirecta no fabrico dos seus produtos; os recursos não são consumidos directamente pelos produtos, mas pelas actividades, as quais por sua vez são consumidas pelos produtos (Baker, 1998).

Segundo Borges *et. al.* (2010), a abordagem ABC disponibiliza informações que permitem conceber a origem dos custos hospitalares, o que o torna um poderoso sistema de informação de suporte à tomada de decisão, no que respeita a gestão hospitalar.

Comparativamente com os métodos tradicionais de custeio, o custeio pelas actividades permite calcular os custos dos cuidados de saúde prestados pelos hospitais, com um maior nível de detalhe, identificando os diversos factores aos quais os custos se encontram susceptíveis, o que permite efectuar análises de sensibilidade à produção hospitalar.

Deste modo, o principal benefício da implementação de um sistema de custeio por actividades, resulta numa maior transparência dos custos, identificando fidedignamente as actividades responsáveis pela maior percentagem de custos em cada objecto de custeio.

Para as entidades pagadoras da actividade hospitalar, a principal vantagem de um sistema deste tipo, prende-se com o facto de ser possível obter a informação necessária à tomada

de decisão sobre os preços a praticar para uma determinada actividade (Borges *et. al.*, 2010), o que permite que custos e preços estejam em valores adequados, o que em muito beneficia a actividade do sector hospitalar.

2.2.1.3 O MÉTODO DE CUSTEIO VARIÁVEL (DIRECTO)

Trata-se de um sistema de custeio tipo “*bottom-up*”, que resulta do registo e valorização de todos os consumos efectuados por um doente ao longo do processo de produção de cuidados. Para tal são utilizadas técnicas de micro-custeio, em que são conseguidos os registos individuais dos custos de cada episódio de internamento, incluindo os recursos consumidos e as devidas imputações dos custos das secções que concorrem indirectamente para o seu custo total (Costa *et. al.*, 2008a). Idealmente, este sistema necessita de um bom sistema informático que suporte todos os registos.

Segundo Costa *et. al.* (2008a), este é o método utilizado pelo sector privado de prestação em Portugal, uma vez que as práticas de facturação individual, exigem o conhecimento prévio dos custos de cada doente, de forma a serem praticados preços que incluam os respectivos custos mais a margem de negócio.

Para Grewal e Reed, (1994) um sistema de custeio directo permite apurar os custos reais de um episódio hospitalar, tendo como inconveniente a necessidade de uma recolha exaustiva dos consumos efectuados ao longo do processo de produção de cuidados.

A utilização de um sistema de informação robusto centralizado no doente, poderá ser usado para alterar o actual método de facturação ao paciente durante o internamento, aumentando de forma significativa o rigor da facturação clínica, possibilitando a definição de preços mais rigorosos (Costa *et. al.*, 2008a)

Neste sentido, Grewal e Reed, (1994), defendem que as instituições de saúde deverão implementar técnicas de *Bedside computing* (recolha de informação à cabeceira dos doentes), possibilitando documentar os custos de forma directa, alocando despesas aos doentes e aos custos hospitalares de forma mais realista.

2.2.2 METODOLOGIAS DE ESTIMAÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES

Em alternativa ao apuramento dos custos reais, poderão ser utilizadas metodologias de estimação dos custos hospitalares.

Para determinar os custos de um hospital dentro do sistema de saúde dos EUA, é comum atribuir-se um custo para cada internamento com base no GDH que se lhe encontra associado.

Contudo uma abordagem somente baseada em GDHs, não pode ser utilizada para avaliar alterações no consumo de recursos dentro de um GDH, por exemplo resultantes da introdução de novas tecnologias (Taira, *et. al.*, 2003).

Uma alternativa à abordagem da estimação de custos através de GDHs, passa por desagregar os episódios, ou seja recorrer ao levantamento detalhado dos recursos utilizados durante o episódio hospitalar, utilizando para tal os custos unitários apurados com base no micro custeio de cada hospital (Eckman, *et. al.* 1998).

Embora este método seja geralmente reconhecido como a representação mais fiel dos custos reais de um determinado episódio, esta abordagem só pode ser aplicada, quando os hospitais têm sistemas de recolha directa de custos, ao longo do processo de prestação de cuidados.

Na ausência de um sistema de micro custeio, a melhor abordagem para o cálculo de custos dos episódios hospitalares não é clara. Alguns estudos têm utilizado as “*hospital charges*”, facturação hospitalar, como “*proxy*” para os custos (Reeder, *et. al.*, 1994; Hemenwat, *et. al.*, 1985; Jang, *et. al.*, 1984), enquanto outros estudos têm convertido as “*hospital charges*” em custos através de um rácio de custo vs proveitos (Hlatky, *et. al.*, 1997; Mark, *et. al.* 1998; Weintraub, *et. al.*, 2000). O grau com que os recursos são discriminados e contabilizados altera entre estudos, o que faz variar a sua assertividade e aproximação à realidade.

No seu estudo intitulado “*Comparison of analytic approaches for the economic evaluation of new technologies alongside*”, Taira, *et. al.*(2003), compararam quatro métodos para estimar os custos associados à revascularização coronária percutânea, tendo para tal utilizado os seguintes estimadores: (1) “*hospital charges*”, (2) “*hospital charges*” convertidos em custos, através da utilização do rácio custos/facturação do hospital; (3) “*hospital charges*” convertidos em custos pela utilização do rácio custos/facturação do departamento; (4) discriminação dos custos associados ao Laboratório de Hemodinâmica, mais os custos hospitalares não processuais gerados a partir do rácio custos/facturação do departamento.

De acordo com Taira *et. al.* (2003), no sistema hospitalar Norte Americano, a aproximação aos custos através da utilização de dados da facturação hospitalar (método 1) é o método mais fácil de implementar, porque as “*charges*” dos hospitais são facilmente obtidas.

Contudo, o mercado dos serviços de saúde não se dota de uma concorrência perfeita, o que desta forma, faz com que a facturação hospitalar não reflecta verdadeiramente os custos dos recursos utilizados na sua produção.

Converter a facturação hospitalar directamente para custos sem discriminar os recursos utilizados (métodos 2 e 3) são as abordagens mais fáceis de implementar. Por outro lado, o uso das “*hospital charges*” convertidas em custos, através utilização do rácio custos/facturação do departamento sem discriminar os custos do laboratório de Hemodinâmica (método 3), geram estimativas menores de custos.

Deste modo, embora todas as três metodologias alternativas de custeio (1, 2, 3) mostrassem um alto grau de correlação com os valores reportados pelo método 4, nenhum dos métodos alternativos em análise, se aproximou às estimativas do método 4, no que respeita o cálculo de custo por doente (Taira, *et. al.*, 2003).

Estes autores concluem que, para fins de fornecer uma estimativa válida ao custo de um determinado procedimento hospitalar, recomendam que se descreva os custos associados ao procedimento em análise, aos quais se adiciona os custos hospitalares não processuais estimados a partir do rácio custos/facturação do departamento.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DOS LUSÍADAS

Com a abertura do Hospital dos Lusíadas (HL), em Maio de 2008, a HPP Saúde criou um centro de referência na prestação de cuidados de saúde privados, oferecendo os mais avançados meios tecnológicos e a qualidade de um corpo clínico sólido e experiente.

O Hospital dos Lusíadas é uma referência no meio hospitalar nacional, pela personalização, humanização e qualidade dos cuidados de saúde que disponibiliza, mas também por reunir todas as especialidades médico-cirúrgicas, além de uma acentuada diferenciação tecnológica.

Localizando-se na cidade de Lisboa, este hospital encontra-se dotado de 8 blocos operatórios, 3 salas de partos, 112 camas, 50 gabinetes de consultas, 23 salas de exames especiais, 12 postos de cuidados intensivos, 13 postos de Hospital de dia médico e 10 postos de Hospital de dia cirúrgico.

O Hospital dos Lusíadas estende-se por uma área 30 000 m², usufruindo de uma capacidade para 20 000 cirurgias/ano, 50 000 diárias/ano e 400 000 consultas/ano, sendo os seus recursos humanos compostos por 600 profissionais de saúde.

Em 2010 os dados do seu movimento assistencial indicam um total de 8 650 doentes saídos das várias especialidades de internamento, o que compõem 38 710 diárias de internamento, tendo prestado 182 790 consultas (71 290 primeiras consultas e 109 248 consultas subsequentes), atendido 58 902 pessoas na unidade de atendimentos urgentes, realizado um total de 5 936 cirurgias e 1 257 partos. No que respeita aos meios complementares de diagnóstico, realizou um total de 104 278 exames imagiológicos, 72 105 serviços de Fisioterapia e 76 692 outros Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Quadro V – Movimento Assistencial do Hospital dos Lusíadas para os anos de 2009 e 2010

MOVIMENTO ASSISTENCIAL	2009	2010	Δ% 2009/2010
DOENTES SAÍDOS	6.099	8.650	42%
DIÁRIAS INTERNAMENTO	30.683	38.710	26%
Nº 1 ^{AS} CONSULTAS	54.793	71.290	30%
Nº CONSULTAS SUBSEQUENTES	79.909	109.248	37%
OUTRAS CONSULTAS	889	1.083	22%
ATENDIMENTOS URGENTES	40.054	58.902	47%
Nº CIRURGIAS	4.503	5.936	32%
Nº CESARIANAS	321	657	105%
Nº PARTOS	217	357	65%
IMAGIOLOGIA	80.225	104.278	30%
FISIOTERAPIA	52.195	72.105	38%
OUTROS MCDT'S	48.727	76.692	57%

Fonte: Construção própria com base nos elementos retirados do mapa do movimento assistencial a Dezembro de 2010, do Hospital dos Lusíadas

Esta unidade de prestação de cuidados de saúde privados, do grupo HPP Saúde produziu um volume de negócios que ascendeu a 50 132 455 euros em 2010⁴.

Como principais valências assistenciais, o Hospital dos Lusíadas conta com a materno-infantil, a oncologia, a oftalmologia, a ortopedia, a traumatologia, o atendimento urgente, bem como vertentes relacionadas com a cardiologia. A medicina interna e a cirurgia geral são áreas centrais em torno das quais se desenvolvem e actuam as restantes especialidades.

⁴ De acordo com o relatório e contas do Hospital dos Lusíadas de 2010

2.3.1 DEPARTAMENTO CARDIOVASCULAR DO HOSPITAL DOS LUSÍADAS

Segundo o Prof. Doutor Victor Gil, Coordenador do Departamento Cardiovascular, este departamento é composto pela Unidade de Cardiologia de Adultos, a Unidade de Cardiologia Pediátrica e a Unidade de Cirurgia Cardiotorácica, as quais são dotadas de autonomia operacional.

O Departamento Cardiovascular do Hospital dos Lusíadas equipou-se com os meios tecnológicos mais modernos e sofisticados, de forma a dar uma resposta eficaz em todas as áreas da patologia cardiovascular, com destaque para as situações agudas e emergentes, a imagiologia cardiovascular, a intervenção endovascular e arritmológica, cirurgia vascular e cardíaca.

Este departamento, assegura a articulação com os Cuidados intensivos, a Imagiologia, a Unidade de AVC e a Neuroradiologia de intervenção. No âmbito da Cardiologia nuclear e Reabilitação cardíaca, articula-se com a Medicina nuclear e a Medicina física e de reabilitação.

O Departamento Cardiovascular do Hospital dos Lusíadas, assegura os seguintes serviços: Cuidados intensivos e internamento; Intervenção terapêutica percutânea cardíaca (angioplastias, arritmologia de intervenção, cardiopatias congénitas) e vascular (carotídea, aorta, vascular periférica), implantação de *Pacemakers* e Cateterismos de Diagnóstico e Intervenção (CDI), Cirurgia cardíaca e vascular e ainda a realização de uma panóplia de MCDT's que se encontram descritos no Anexo II.

A Unidade de Cardiologia de adultos, encontra-se ainda dotada de uma Sala de Hemodinâmica (também conhecida na literatura por Laboratório de Hemodinâmica) onde são efectuados cateterismos de diversa ordem e ainda procedimentos de electrofisiologia.

É sobre estes procedimentos, particularmente a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea e na análise da rentabilidade da Sala de Hemodinâmica que versará o presente trabalho.

2.3.2 ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA PERCUTÂNEA

De acordo com Baim (2006), a introdução da angioplastia transluminal coronária percutânea (*percutaneous transluminal coronary angioplasty - PTCA*) por Andreas Gruntzig em 1977,

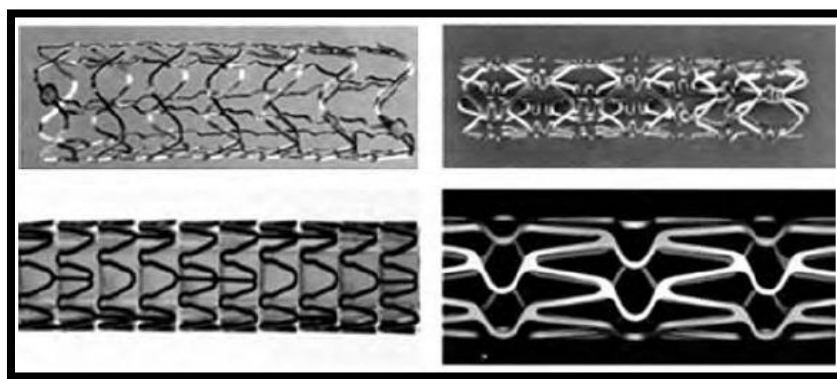
veio apresentar-se como uma alternativa à cirurgia de *bypass*, para a revascularização miocárdica em pacientes que sofram de doença nas artérias coronárias.

Nos últimos 30 anos tem-se assistido ao aparecimento de novas técnicas associadas à revascularização, que passam pela colocação de um *stent*, à descoberta de novas drogas, e ao refinamento da prática através da medicina "baseada na evidência", o que permitiu que a revascularização através de um cateter, se desenvolvesse de uma curiosidade processual, para a forma dominante de revascularização coronária (Baim, 2006).

Se a angioplastia convencional através de balão (PTCA) permitiu versatilidade anatómica e resultados aceitáveis de curto e longo prazo, esta técnica tinha uma eficácia limitada em certos tipos de lesão (por exemplo, excêntrica calcificada, ou lesões bifurcais) o que originava algumas complicações, impulsionando o desenvolvimento de novas técnicas que não recorriam ao uso de um balão, as quais entraram na prática clínica durante a década de 1990.

Os *stents* (Figura 1), são estruturas metálicas que são inseridas num segmento do vaso danificado, na sua forma reduzida e em seguida expandidas através de um balão insuflado. Esta técnica superou as duas das principais limitações da *PTCA*, permitindo aos *stents* fornecer um normal fluxo sanguíneo dentro do vaso no segmento tratado.

Figura 1 - Exemplos de vários modelos de *Stent* coronário



Fonte: Cardiac Catheterization, Angiography and Intervention, 7th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006

Com a utilização de *stents* o sucesso do procedimento aumentou para os 98% dos casos tratados, reduzindo-se a incidência de cirurgia de emergência para 0,1%, e a incidência de *restenosis* para valores entre 15-20%, tendo sido posteriormente reduzida para 5% através da introdução de *stents* farmacológicos em 2003 (Moreno, 2005).

A indicação fundamental para a realização deste procedimento é a presença de uma ou mais obstruções coronárias pensando-se serem responsáveis por um síndrome clínico, em

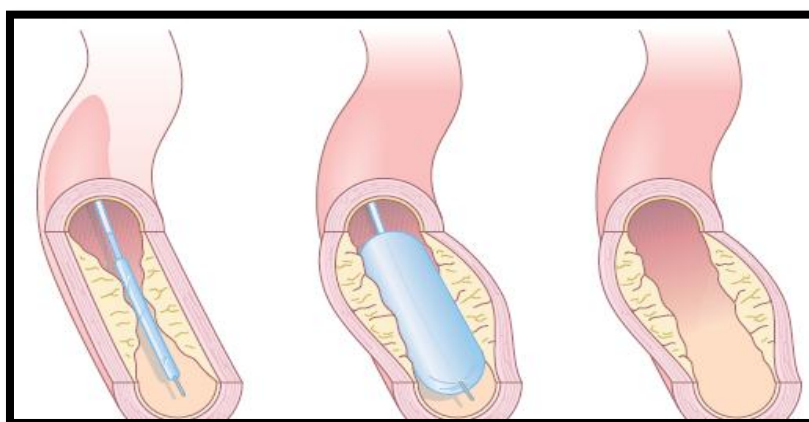
que a revascularização é efectuada através de técnicas baseadas na utilização de cateteres, com riscos e benefícios que se comparam favoravelmente com os de cirurgia de *bypass*.

2.3.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

De acordo com o *American College of Cardiology*, previamente à realização de uma Angioplastia é necessário executar um cateterismo de diagnóstico, ou seja, um procedimento invasivo no qual é utilizado um cateter, para registos de pressões, colheita de amostras sanguíneas e injeções intra-cardíacas de contraste radiopaco. Neste procedimento são usados Raios-X na sua forma fluoroscópica para dirigir o cateter ao local a ser estudado. Para cada local, usam-se cateteres de medidas e ângulos diferentes. Todos os exames são realizados por um médico especialista, junto com uma equipe de enfermagem e de técnicos equipados com roupas especiais para este tipo cirurgia (aventais de protecção). Este procedimento é efectuado com anestesia local no adulto e numa criança realizado sob anestesia geral.

Em função do resultado do cateterismo de diagnóstico, inicia-se a fase de intervenção (Angioplastia) o que consiste num procedimento cirúrgico com o intuito de desobstruir o vaso coronário, usando-se para tal um cateter que possui um pequeno balão insuflável, na sua ponta. Trata-se assim de uma técnica que utiliza um pequeníssimo balão, o qual ao ser insuflado dentro de um vaso obstruído, desimpede o vaso e facilita o fluxo da corrente sanguínea. De forma a alcançar melhores resultados, poderá ser aplicada uma estrutura de aço, chamada de *stent*, a qual depois de introduzida no vaso coronário vai permitir que o mesmo se mantenha desobstruído (Antman *et. al.* 2004).

Figura 2 - Ilustração da dilatação do vaso coronário



Fonte: Cardiac Catheterization, Angiography and Intervention, 7th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006

Deste modo, o balão é insuflado de forma controlada, dilatando previamente o local (Figura 2). Retira-se o balão anterior e introduz-se um novo balão já com o *stent* montado sobre o mesmo, o qual posicionado no segmento obstruído o balão é finalmente insuflado e o *stent* fica deste modo colocado.

Além de esmagar a placa, o balão quando cheio libera o *stent*, enquanto a estrutura de aço moldada na parede interna do vaso impede que este se volte a fechar.

Por último o balão é retirado mas o *stent* permanece, sendo restaurado o fluxo do vaso, o sangue volta a circular normalmente. Depois de liberado o *stent*, o balão e o fio guia são retirados. Uma filmagem através do contraste confirma o resultado da intervenção (Antman *et. al.* 2004).

Tal como no cateterismo diagnóstico, o procedimento é efectuado por médicos especialistas com uma equipe de enfermagem que usam roupas especiais para cirurgia. Após o procedimento, o doente fica na Unidade de Cuidados Intensivos durante umas horas, até que este atinja a normalização da coagulação sanguínea, seguindo-se um período de internamento hospitalar, o qual pode variar entre um dia a uma semana, atendendo às características do doente.

De acordo com o Prof. José Baptista, seguidamente aos cateterismos o paciente: (1) permanece um dia, Unidade de cuidados intensivos, quando se trata de um cateterismo de intervenção; (2) permanece um dia no internamento geral, quando se trata de um cateterismo de diagnóstico e este período é exigido pelo plano de seguro; (3) apenas umas horas no recobro da cardiovascular, quando se trata de um cateterismo de diagnóstico, e não existe a obrigatoriedade; (4) vários dias na UCI e um período de internamento alargado, quando surgiram complicações e o doente é submetido a uma cirurgia cardíaca no bloco operatório.

CAPÍTULO III – DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS E FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO

3.1 OBJECTIVOS DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

O objectivo do presente trabalho é avaliar a rentabilidade, a eficiência, e o risco financeiro de uma Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (PTCA) no Hospital dos Lusíadas.

Para tal irá calcular-se o custo real do procedimento e comparar-se o seu valor, com a facturação aos terceiros pagadores com quem o hospital se relaciona.

Como objectivos gerais, poderemos considerar:

1. Sensibilizar a comunidade hospitalar para a necessidade e importância do apuramento dos custos hospitalares;
2. Ilustrar a complexidade associada à “Função Receita”, de um hospital privado português;
3. Realçar a importância de uma correcta metodologia de custeio que complemente a contabilidade analítica e forneça elementos úteis ao corpo de gestão do hospital e consequentemente ao seu corpo clínico.

Como objectivos específicos, poderemos considerar:

1. Apurar se existem no Hospital dos Lusíadas, terceiros pagadores que apresentam uma rentabilidade negativa;
2. Verificar se a eficiência depende da entidade pagadora;
3. Determinar os diferentes perfis de risco financeiro, em função da metodologia de pagamento ou associados aos diferentes terceiros pagadores.

3.2 FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (PTCA) com colocação de stent no Hospital dos Lusíadas, apresenta-se no ano de 2010:

- Rentável?
- Eficiente?
- Qual o risco financeiro?

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

4.1 FONTES DE INFORMAÇÃO

Para a obtenção dos dados para a realização do presente estudo, foram utilizados os softwares informáticos e outras fontes de dados que se descrevem em seguida:

O software “Cardiobase®” através do seu módulo de hemodinâmica possibilita o registo de cateterismos, coronariografias, angioplastias, encerramento de CIASs e angioplastias das carótídeas. Ao permitir registar todos os dados clínicos referentes aos procedimentos, bem como o material utilizado nos mesmos, foi utilizado como fonte primária na selecção da amostra do estudo;

O Sistema de Gestão Hospitalar (Glintt), enquanto solução clínico-administrativa adoptada no HL, depende directamente do pessoal administrativo e permite uma integração com outras soluções clínicas, nomeadamente o Processo de Enfermagem, Processo Clínico e o Desktop Médico. Retirou-se desta aplicação todos os consumos efectuados pelos doentes aquando dos episódios de internamento em análise, e o valor de custo para o HL. A sua integração com o Processo da Enfermagem, permitiu elaborar o ficheiro de enfermagem da cardiologia do ano de 2010, que foi utilizado para quantificar a duração dos procedimentos efectuados na Sala de hemodinâmica;

O software “Factus” (Glintt), de emissão de facturas, permitiu a extracção dos dados relativos aos valores facturados às diversas entidades pagadoras;

O Software de *Business Intelligence* do hospital recolhe e compila diversas fontes de dados, disponibilizando um conjunto alargado de indicadores, que respondem às principais necessidades dos vários níveis de gestão e que foram utilizados neste trabalho. Este software permite ainda a classificação dos episódios de internamento, segundo critérios previamente parametrizados pela equipe de gestão do HL;

O Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos (CNVRAM) foi utilizado uma vez que agrupa todos os actos médicos, de acordo com uma nomenclatura reconhecida pela Ordem dos Médicos, à qual é atribuída um valor de uma constante (c ou k), permitindo a sua valorização em termos financeiros, prática corrente no HL;

As Tabelas de Preços e Regras do Regime Convencionado da ADSE, contemplam um conjunto de códigos e regras para a prestação de actos médicos e sua retribuição, para o conjunto de entidades privadas prestadores de cuidados de saúde, com quem esta celebrou

contratos de prestação, as quais são utilizadas pelo HL para valorização e facturação de actos clínicos e serviços prestados a Subsistemas públicos de saúde;

Por último foram utilizados a demonstração de resultados da unidade de internamento e da unidade de cuidados intensivos, o mapa dos gastos com o pessoal, mapa das amortizações do exercício da Sala de Hemodinâmica e respectivo recobro, oriundos do departamento de contabilidade do Hospital dos Lusíadas.

4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A população alvo do presente estudo, é constituída por todos os doentes que foram submetidos a uma Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (PTCA) no ano de 2010 no Hospital dos Lusíadas.

4.2.1 CRITÉRIOS DE SELECÇÃO

De acordo com a classificação de doentes segundo os Grupos de Diagnóstico Homogéneos, conhecidos por GDHs, os episódios de internamento que incluem os procedimentos cardiovasculares percutâneos, encontram-se na Grande Categoria de Diagnóstico 5, “Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório”.

Segundo o mesmo sistema de classificação de doentes estão definidos três GDH, para a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (PTCA) com colocação de *stent*, nomeadamente:

- GDH 852, Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com *stent* não eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio;
- GDH 853, Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com *stent* eluidor de fármacos, com enfarte agudo do miocárdio;
- GDH 854, Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com *stent* eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio.

No entanto, o Hospital dos Lusíadas não codifica os episódios de internamento segundo os “Grupos de Diagnósticos Homogéneos”, ou outro sistema de classificação de doentes, tendo sido necessário compilar a amostra em estudo, recorrendo a um de dois critérios:

- Composição dos actos constantes do “Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos” (CNVRAM), vulgarmente conhecida por “Tabela da Ordem dos Médicos” (TOM), ou;

- Segundo as “Tabelas de Preços e Regras do Regime Convencionado” para o caso da ADSE, consoante o terceiro pagador fosse um Subsistema Privado ou Público.

Deste modo, os procedimentos facturados aos subsistemas privados, foram incluídos na amostra quando eram compostos pelo conjunto dos seguintes códigos da TOM, os quais quando associados a um episódio de internamento, o Hospital dos Lusíadas classifica como uma PTCA, nomeadamente:

- 09.02.00.09, Cateterismo cardíaco esquerdo com ventriculografia esquerda, coronariografia selectiva (115k);
- 09.04.01.03, Angioplastia coronária percutânea transluminal de um vaso (250k);
- 09.04.01.05, Implantação de prótese intracoronária "stent" (210k).

No que respeita aos episódios facturados aos subsistemas públicos, para efeitos de inclusão na amostra em estudo, seria necessário que os seguintes códigos aparecessem simultaneamente agrupados, nomeadamente:

- 4741 Punção arterial profunda;
- 4729 Transfusão ou perfusão IV;
- 3525 Aortografia;
- 4985 Cateterismo esquerdo C. coronariografia;
- 3370 Tromboendart., arterioplastia ramos visc aorta.

Por conseguinte, para apuramento total dos episódios a estudo, foram reconciliadas três bases de dados (CardioBase®, Sistema de Gestão Hospitalar e Software de *Business Intelligence*) do referido hospital, posteriormente confrontados com a facturação de forma a atingir uma correcta classificação dos dados a tratar.

Figura 3 – Construção da amostra de episódios a estudo



Tendo-se iniciado a análise pelo *software* de registo de procedimentos da unidade de Cardiologia (CardioBase®) onde foram identificados 221 cateterismos realizados durante o ano 2010, dos quais 46 se encontravam classificados como “Coronariografia e Angioplastia”, os quais foram seleccionados para escrutínio.

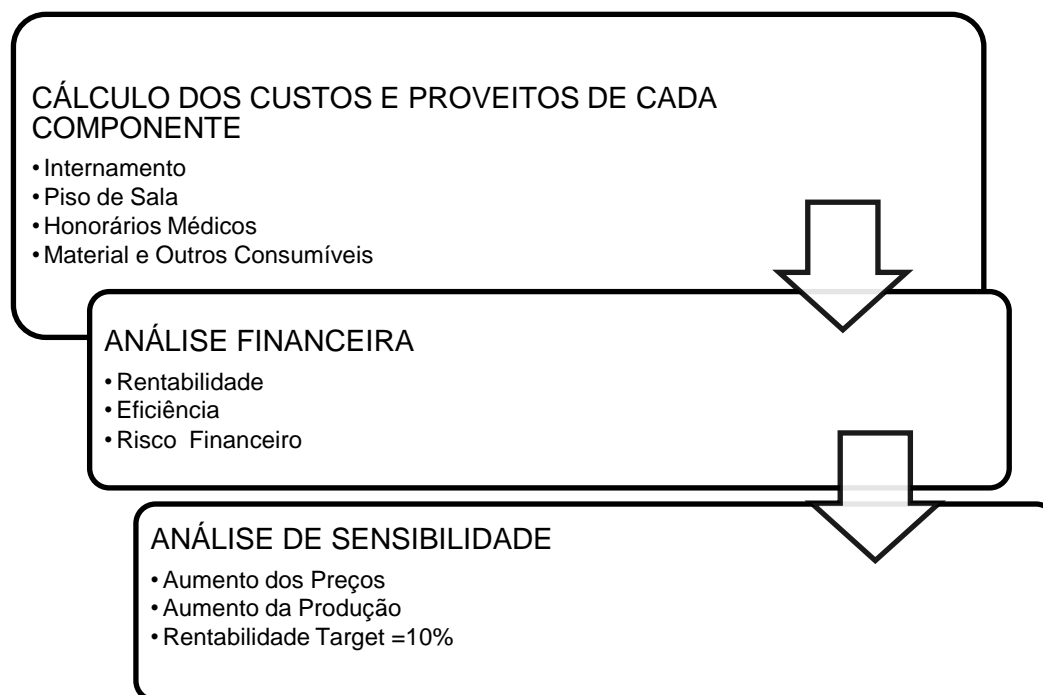
Posteriormente os 46 procedimentos, foram cruzados com o *software* de Gestão Hospitalar e com o *software* de *Business Intelligence* do Hospital através do número de identificação do doente, tendo-se apurado 44 episódios candidatos a estudo. Estes foram então submetidos a um escrutínio, segundo os dois critérios anteriormente descritos (códigos TOM e códigos da tabela da ADSE), tendo-se apurado uma amostra a estudo de 42 episódios para o ano de 2010.

Finalmente e após uma análise detalhada ao descritivo de cada uma das 42 facturas, a amostra final foi posteriormente reduzida para 38 episódios, em resultado de uma má codificação de dois dos episódios, um terceiro por se tratar de um cateterismo das artérias supra-renais, e um quarto episódio por respeitar à colocação de um *pacemaker*.

4.3 ETAPAS PARA REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

A metodologia adoptada para a realização do trabalho sistematiza-se em três etapas fundamentais que podem ser esquematizadas, da seguinte forma:

Figura 4 - Metodologia adoptada para a realização do trabalho de campo



4.3.1 CALCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS DE CADA COMPONENTE

4.3.1.1 CÁLCULO DO CUSTO REAL DOS EPISÓDIOS

Segundo Eckman, *et. al.* (1998), as técnicas de custeio com base no levantamento detalhado dos recursos consumidos durante o episódio de internamento, utilizando para tal os custos unitários apurados com base no micro-custeio de cada hospital, são o método de representação mais fiel dos custos de um determinado episódio de internamento.

Para se calcular o custo real da PTCA para o ano de 2010, foram recolhidos todos os custos associados ao processo de produção de um determinado episódio de internamento, o que permitiu o cálculo dos custos individuais, tendo-se incluindo os recursos consumidos e imputados outros custos que concorrem indirectamente para o seu custo total. No que respeita ao custo dos serviços e materiais consumidos, estes foram imputados recorrendo-se parâmetros de utilização e com base no histórico dos consumos de reais.

De acordo com Matos (2002), deve-se contabilizar os seguintes elementos para apurar os custos associados a um determinado episódio de internamento: Honorários médicos (valores referentes ao pagamento da produção de actos médicos); Diárias hospitalares (diária da Unidade de Cuidados Intensivos, diárias de internamento, diária de Unidade de Cuidados Ambulatórios, etc); Uso de Sala (valor referentes ao uso da sala de cirurgia ou de recuperação, entre outras); Uso de equipamento (valores referentes ao uso de equipamento e aparelhos utilizados pelo paciente); Materiais e medicamentos (valores específicos para cada um dos materiais médicos e cirúrgicos utilizados pelo paciente); Material de consumo clínico (valores correspondentes ao consumo de gases, oxigénio, ar comprimido e outros) e Serviços de diagnósticos (somatório do conjunto de MCDTs prestados ao doente).

Para tal, o episódio de internamento que abarca a PTCA foi dividido em sete componentes, de modo a facilitar o cálculo dos custos totais do episódio e para se moldar às diferentes metodologias de pagamento, de acordo com os diferentes terceiros pagadores: Internamento, Piso de Sala, Honorários Médicos, Consumos, Stent, Cateter Balão, MCDTs. O detalhe e a forma de cálculo de cada uma das componentes encontra-se descrito no Quadro VI.

Simultaneamente ao cálculo dos custos das diversas componentes, foi realizado o apuramento dos proveitos que lhe estavam associados, o que posteriormente permitiu o apuramento individual da rentabilidade das componentes que compõem o episódio de internamento.

Quadro VI – Quadro resumo da forma de cálculo das diversas componentes a estudo

COMPONENTE	UNIDADE	DESCRIÇÃO	FONTES	FORMA DE OBTENÇÃO
INTERNAMENTO	Diárias (Internamento e UCI)	Custo médio da diária de internamento e da UCI do Hospital dos Lusíadas	Demonstrações de Resultados do Internamento e da Unidade de Cuidados Intensivos (Anexo II)	Somatório dos valores dos Fornecimentos e serviços externos, Gastos com pessoal, Outros gastos e perdas, Gastos/reversões de depreciação e de amortização e Juros e gastos similares suportados, posteriormente dividido pelo total das diárias (Nomenclatura da Contabilidade do Hospital dos Lusíadas)
PISO DE SALA	Valor hora (duração real)	Valor hora da utilização da Sala de Hemodinâmica e Recobro no HL em 2010	Mapa de gastos com pessoal da cardiologia; Mapa das amortizações do exercício da sala e recobro (Anexo III); Matriz de Gastos Gerais do HL; Ficheiro da Enfermagem de cardiologia de 2010.	Somatório dos gastos com o pessoal, as amortizações do exercício do equipamento existente na sala de hemodinâmica e no recobro da sala, as despesas administrativas e ainda os gastos gerais, o qual foi dividido pela produção da sala em 2010 (Anexo III)
HONORÁRIOS MÉDICOS	Valor do Honorário (variável em função do terceiro pagador)	Valor total a pagar à equipe clínica, excluindo-se técnicos, enfermeiros, e outro pessoal.	Tabela da Ordem dos Médicos; Valor do K contratado com terceiros pagadores; Valores acordados com Subsistemas Públicos	O seu custo varia em função da entidade pagadora. Na sua generalidade a equipe médica recebe 95% do valor, resultante da oneração dos actos que produz com base na TOM, sendo os restantes 5% retidos pelo HL, para fazer face a despesas financeiras (Anexo IV)
MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS	Consumos reais	Somatório de todos os consumos de material e outros consumíveis	Sistema de Gestão Hospitalar	Somatório de todos os Consumos, Stent, Cateter Balão e MCDT's, consumidos ou realizados durante o episódio de internamento

CONSUMOS	Valores reais	Somatório de todos os consumos realizados durante o episódio	Sistema de Gestão Hospitalar	Somatório de todos os materiais e medicamentos (valores específicos para cada um dos materiais médicos e cirúrgicos utilizados pelo paciente) e todo o material de consumo clínico (valores correspondentes ao consumo de gases, oxigénio, ar comprimido e outros) que foram utilizados em cada um dos episódios
STENT	Valores reais	Somatório de todos os stents utilizados durante o episódio	Sistema de Gestão Hospitalar	Somatório do valor de custo dos stents, utilizados durante a realização do procedimento em análise
CATETER BALÃO	Valores reais	Somatório de todos os cateteres balão utilizados durante o episódio	Sistema de Gestão Hospitalar	Somatório do valor de custo dos Cateteres Balão, utilizados durante a realização do procedimento em análise
MCDTs	Valores reais	Somatório de todos os MCDT's realizados durante o episódio	Sistema de Gestão Hospitalar	Somatório de todos os serviços de diagnósticos prestados ao doente no decorrer do seu episódio de internamento

Nota: As diferentes rubricas de custos (gastos) e proveitos encontram-se de acordo com a terminologia utilizada no Hospital dos Lusíadas

4.3.1.2 INTERNAMENTO

Para o cálculo dos custos associados à componente Internamento, foram utilizadas as demonstrações de resultados que espelham os Centros de Resultados do Internamento e da Unidade de Cuidados Intensivos (Anexo IV), tendo sido somados os valores que reflectem os Fornecimentos e serviços externos, Gastos com pessoal, Outros gastos e perdas, Gastos/reversões de depreciação e de amortização e Juros e gastos similares suportados.

O seu somatório foi posteriormente dividido pelo número total dias de internamento de cada centro de resultado, tendo originado o custo médio da diária de internamento e da UCI do Hospital dos Lusíadas.

Para o apuramento do valor dos proveitos que lhe estavam associados, o total do episódio de internamento foi ponderado pelos valores acordados com os terceiros pagadores, que constam do Quadro XXXV do Anexo IV, dando origem ao quadro de custos e proveitos da componente de internamento, que se apresenta no mesmo Anexo do presente trabalho.

4.3.1.3 PISO DE SALA

Para apurar o valor hora do Piso de Sala, foram somados, os gastos com o pessoal, as amortizações do exercício do equipamento existente na sala de hemodinâmica e no recobro da sala, as despesas administrativas e ainda os gastos gerais (Electricidade, Gás, Resíduos, Rendas, Comunicação, Água, Limpeza, Higiene e Conforto, Lavandaria) os quais foram imputados de acordo com a “matriz de distribuição de gastos” do HL.

De forma a ponderar os custos totais da hemodinâmica, estes foram divididos pela produção da sala em 2010, que ascendeu a um total de 257 horas e 25 minutos, tendo-se obtido um custo hora de 2170,85 euros.

Para o cálculo do custo desta componente, utilizou-se a duração real de cada procedimento na Sala de Hemodinâmica que se retirou do ficheiro da enfermagem, para posteriormente se poder comparar a eficiência de cada procedimento (Consultar Quadro XXXVII e Quadro XXXVIII do Anexo V).

No que concerne os proveitos associados ao piso de sala estes reflectem as diversas regras de facturação de cada um dos terceiros pagadores do Hospital dos Lusíadas.

Apresenta-se no Anexo V do presente trabalho, o quadro de custos e proveitos da componente de Piso de Sala.

4.3.1.4 HONORÁRIOS MÉDICOS

O custo da componente Honorários Médicos, traduz o valor total remuneratório da equipe clínica, excluindo-se técnicos, enfermeiros, e outro pessoal auxiliar não clínico.

O seu custo varia em função da entidade pagadora, ou seja, o valor das remunerações médicas dependem do valor do K acordado com o terceiro pagador e da produção de actos, não existindo uma componente base e fixa.

Na sua generalidade a equipe médica recebe 95% do valor, resultante da oneração dos actos que produz com base na TOM, sendo os restantes 5% retidos pelo HL, para fazer face a despesas financeiras. Contudo existem casos em que estes recebem 100% do valor dos actos médicos (terceiro pagador A) e outros em que recebem uma remuneração previamente acordada com o HL, sendo este o caso dos pagadores F, H e I.

Os valores a pagar pelos honorários médicos encontram-se espelhados no Anexo VI, onde também se pode encontrar o quadro de custos e proveitos da componente Honorários Médicos.

4.3.1.5 MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS

De forma a facilitar a apresentação dos resultados, as componentes Consumos, Stent, Cateter Balão e MCDT's, foram agrupadas sob a designação de Material e Outros Consumíveis.

Não obstante o referido, poderão ser encontrados todos os cálculos que se efectuaram para obtenção dos custos e proveitos de cada componente, nos anexos a este trabalho.

4.3.1.5.1 CONSUMOS

A componente Consumos engloba todos os materiais e medicamentos (valores específicos para cada um dos materiais médicos e cirúrgicos utilizados pelo paciente) e todo o material de consumo clínico (valores correspondentes ao consumo de gases, oxigénio, ar comprimido e outros) que foram utilizados em cada uma dos episódios, exceptuando-se o valor dos stents e dos cateteres balão empregues na execução do procedimento.

Os custos e os proveitos desta componente, encontram-se espelhados no Anexo VII, no quadro de custos e proveitos da componente consumos.

4.3.1.5.2 STENT

Esta componente agrupa os Stents, utilizados durante a realização do procedimento em análise. Os custos e os proveitos desta componente, encontram-se individualizados no Anexo VIII, no quadro de custos e proveitos da componente Stent.

4.3.1.5.3 CATETER BALÃO;

Esta componente agrupa os Cateter Balão, utilizados durante a realização do procedimento em análise. Os custos e os proveitos desta componente, encontram-se individualizados no Anexo IX, no quadro de custos e proveitos da componente Cateter Balão.

4.3.1.5.4 MCDTS

A componente MCDTs engloba todos os meios complementares de diagnósticos prestados ao doente no decorrer do seu episódio de internamento. Os custos e os proveitos desta componente, encontram-se espelhados no Anexo X, no quadro de custos e proveitos da componente MCDT's.

4.3.2 CÁLCULO DOS PROVEITOS REAIS DOS EPISÓDIOS

Como referido anteriormente, a relação entre os prestadores hospitalares e os diferentes terceiros pagadores da actividade de assistência médica tem experimentado diversas alternativas no que toca às formas de financiamento e negociação (Matos, 2002).

No caso dos hospitais privados, os seus clientes encontram-se entre os clientes particulares, as seguradoras privadas e os subsistemas públicos de saúde (ADSE, ADM), sendo que a maioria dos seus clientes são facturados através do pagamento do episódio (*fee-for-service*) ou à linha.

O pagamento do episódio ou à linha, consiste no reembolso dos serviços prestados a cada doente, através da especificação de todos os consumos dispendidos no processo da prestação de cuidados com base numa lista de preços (as regras de facturação encontram-se descritas no Anexo X).

Em alternativa os planos de saúde privados começam a encetar experiências de remunerar os hospitais através de “pacotes”, os quais se traduzem na fixação de um valor prévio à realização de um determinado procedimento hospitalar, independentemente das condições específicas e dos consumos efectivamente realizados por cada doente.

Quadro VII – Quadro resumo da forma de facturação aos terceiros pagadores

TERCEIRO PAGADOR	SUBSISTEMA	METODOLOGIA DE FACTURAÇÃO
A	Privado	Episódio (ou à Linha)
B	Privado	Pacote
C	Privado	Pacote
D	Privado	Pacote
E	Privado	Episódio (ou à Linha)
F	Privado	Pacote
G	Privado	Episódio (ou à Linha)
H	Público	Episódio (ou à Linha)
I	Público	Episódio (ou à Linha)

Os pagadores⁵, A, E, G, H, I, são facturados à linha e os, B, C, D, F são facturados segundo as regras dos pacotes acordados com o Hospital dos Lusíadas, as quais se encontram descritas no Anexo XII.

4.3.3 ANÁLISE DA RENTABILIDADE

De acordo com Pereira (2004), chama-se taxa de rentabilidade ao indicador do resultado líquido, expresso como percentagem do valor dos recursos empregues na produção de determinado bem ou serviço.

Numa empresa, a rentabilidade assume três dimensões segundo o objectivo da análise: rentabilidade comercial, rentabilidade económica e rentabilidade financeira. No presente trabalho apenas será analisada a rentabilidade comercial, segundo três ópticas de análise:

4.3.3.1 RENTABILIDADE MÉDIA

⁵ Os diferentes terceiros pagadores foram codificados com letras, de modo a que não possam ser identificados

A análise da rentabilidade média, traduz a rentabilidade comercial do conjunto de procedimentos, classificados como PTCA, para o Hospital dos Lusíadas em 2010.

$$\text{Rentabilidade Média da PTCA} = 1 - \frac{\text{Custos Reais (Totais)}}{\text{Proveito Reais (Totais)}}$$

4.3.3.2 RENTABILIDADE TEÓRICA

A análise da rentabilidade teórica à PTCA, permite comparar a rentabilidade dos diversos pagadores, face ao custo médio sem complicações para o ano de 2010. Traduz a rentabilidade comercial expectável de cada um dos terceiros pagadores.

$$\text{Rentabilidade Teórica da PTCA} = 1 - \frac{\text{Custos Esperados}_6}{\text{Proveitos Reais (Episódio)}}$$

4.3.3.3 RENTABILIDADE REAL

A análise da rentabilidade real traduz a rentabilidade comercial real dos diversos terceiros pagadores, no que respeita à realização da PTCA no Hospital dos Lusíadas para o ano de 2010.

$$\text{Rentabilidade Reais da PTCA} = 1 - \frac{\text{Custos Reais (Episódio)}}{\text{Proveitos Reais (Episódio)}}$$

4.3.4 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA

A eficiência é a medida que exprime a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos (Pereira, 2004). Uma actividade é eficiente quando se maximizam os resultados para um nível de recursos ou se minimizam os recursos para obter um determinado resultado.

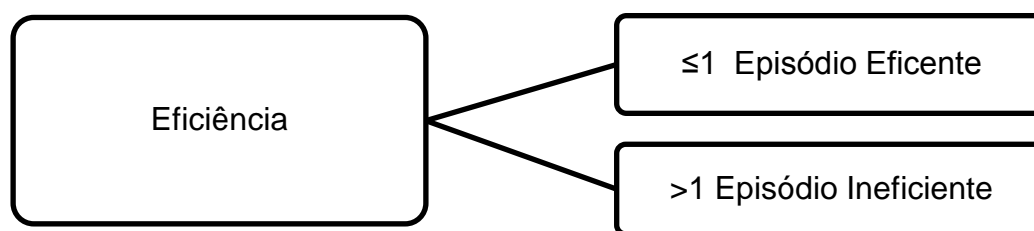
Para o presente trabalho a eficiência será expressa pela relação entre os custos esperados e os custos observados em cada episódio.

$$\text{Eficiência} = \frac{\text{Custos Observados}_6}{\text{Custos Esperados}_7}$$

⁶ Custos médios sem complicações dos episódios da PTCA em 2010

⁷ Custos reais do episódio em análise

Figura 5 - Interpretação da eficiência



Pelo presente indicador os episódios são eficientes quando o seu valor é inferior ou igual a 1 e ineficientes quando apresentam um valor superior à unidade.

4.3.5 ANÁLISE DO RISCO FINANCEIRO

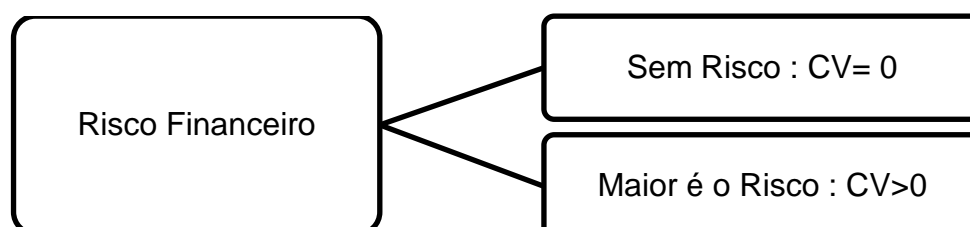
O conceito de risco, em termos estatísticos, pode ser definido como a diferença entre os valores observados face à média de um determinado conjunto de observações. Conceptualmente, «risco» corresponde a um acontecimento futuro, incerto, para o qual se conhece a probabilidade de vir a acontecer (Pereira, 2004).

De acordo com a literatura é possível verificar que os doentes não são encaminhados para os hospitais de forma aleatória. Estes são seleccionados pelos seguros privados de saúde, segundo perfis pré-estabelecidos (Newhouse, 1984).

Para a análise do risco de natureza financeira, será utilizado o coeficiente de variação (CV), que se traduz numa medida de dispersão, que se presta para a comparação de distribuições diferentes, sendo igual ao desvio-padrão dividido pela média da distribuição em análise.

Neste sentido, doentes que tenham mais dias de internamento, são altamente consumidores de recursos tornando-se mais dispendiosos para os prestadores de saúde, e por conseguinte poderão ultrapassar o valor contratado com a entidade pagadora.

Figura 6 - Interpretação do risco financeiro



Deste modo, os episódios não apresentam risco para o HL quando o coeficiente de variação (CV) é igual a zero, elevando-se o risco de natureza financeira à medida que o indicador vai apresentando valores superiores.

4.4 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE

A análise de sensibilidade permite traçar diversos cenários para a viabilidade de um determinado projecto e verificar até que ponto essa mesma viabilidade se mantém face a alterações nas suas variáveis mais importantes.

De acordo com Pereira (2004), este é um “procedimento utilizado na avaliação económica de programas que visa testar até que ponto as variações nos pressupostos e na informação de base podem afectar as conclusões”.

A análise de sensibilidade é uma técnica que permite aferir de que modo a variação dos pressupostos iniciais de um projecto ou modelo, afectam os resultados em análise, nomeadamente variações nos preços de venda, variações nos preços de custo, variações nas quantidades vendidas e variações nas quantidades dos inputs.

Para o presente trabalho serão analisados três cenários possíveis:

Quadro VIII – Cenários da análise de sensibilidade

CENÁRIO	DESIGNAÇÃO	OBJECTIVO	PRESSUPOSTOS
A	AUMENTO DOS PREÇOS	Analisar o impacto de um aumento dos preços, na rentabilidade do procedimento	Incremento de 10% no valor do Pacote; Incremento de 10% no valor dos K; Incremento de 10% na margem de comercialização dos Materiais e Outros Consumíveis; Os valores das restantes variáveis irão manter-se.
B	AUMENTO DA PRODUÇÃO	Atingir o <i>break even point</i> da Sala de Hemodinâmica do Hospital dos Lusíadas	A produção da sala de hemodinâmica será aumentada até que os proveitos médios, igualem os custos médios; O mix de pagadores irá manter-se, assim como o peso relativo da PTCA na produção da sala de hemodinâmica; Os proveitos médios da sala serão extrapolados com base na valorização dos proveitos da PTCA; Os custos fixos da sala mantêm-se e os custos variáveis, reflectirão um incremento proporcional.
C	RENTABILIDADE TARGET =10%	Atingir uma rentabilidade de 10% para o episódio em análise	A produção da hemodinâmica será aumentada até que a rentabilidade média da PTCA atinja 10%; O mix de pagadores irá manter-se, assim como o peso relativo da PTCA na produção da sala de hemodinâmica; Os custos fixos da sala mantêm-se e os custos variáveis, reflectirão um incremento proporcional; As restantes componentes do modelo apenas apresentam custos variáveis, o que reflectirá directamente proporcional.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Antes de apresentarmos os resultados, será importante caracterizar a amostra a estudo a qual é composta por 38 episódios, os quais se subdividem da seguinte forma por terceiro pagador:

Quadro IX – Número de episódios por terceiro pagador

TERCEIRO PAGADOR	NÚMERO DE EPISÓDIOS	% DO TOTAL
A	1	3%
B	4	11%
C	9	24%
D	6	16%
E	3	8%
F	1	3%
G	1	3%
H	11	29%
I	2	5%

Da análise do quadro anterior, pode concluir-se que os pagadores, H, C e D, se apresentam como as entidades financeiras responsáveis, mais frequentes da distribuição em análise.

Quadro X – Distribuição de episódios por sexo e idade

DISTRIBUIÇÃO DOS EPISÓDIOS POR SEXO E IDADE		% DO TOTAL
Masculino	35 episódios	92%
Feminino	3 episódios	8%
Média	63 anos	NA
Mínimo	44 anos	NA
Máximo	84 anos	NA

No que respeita à distribuição dos episódios por sexo e idade, esta caracteriza-se por ser maioritariamente oriunda do sexo masculino (35 casos) com uma idade média de 63 anos.

Quadro XI – Distribuição de custos por faixas etárias

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE EPISÓDIOS	CUSTO MÉDIO	DESVIO PADRÃO	COEF. DE VARIAÇÃO
40-50	4	8.249	2.239	0,27
51-60	10	10.371	3.958	0,38
61-70	17	10.144	7.623	0,75
71-80	7	8.411	2.097	0,25

Quando se compara a distribuição por faixas etárias, identificam-se os doentes entre os 51-60 e 61-70 como os mais frequentes do presente estudo. Estas duas faixas etárias apresentam-se ainda como aquelas mais consumidoras de recursos, com um custo médio a rondar os 10.200 euros. No que respeita a faixa de doentes entre os 61-70 anos, esta afigura-se com a de maior risco de natureza financeira para o Hospital dos Lusíadas.

Em contraponto os doentes com idades entre os 40 e os 50 anos e com mais de 71 anos, denotam um custo médio mais reduzido, a rondar os 8.350 euros os quais também exibem valores mais baixos para o indicador de risco financeiro.

Por seu lado, através da análise de custos e proveitos da componente de Internamento, que consta do Anexo IV, podemos caracterizar a duração média do internamento da amostra em estudo, de 1,75 dias na UCI e 1,16 para o internamento geral, valores que descem para 1,16 dias na UCI e 0,91 dias de internamento geral, se excluirmos da análise os episódios com complicações (episódios 27 e 29).

Por último da interpretação do Quadro XXX que se apresenta no Anexo III, será importante ressaltar o facto de:

- No episódio 25 o doente veio transferido do serviço de ortopedia;
- O episódio 27 encontrar-se decomposto em dois episódios (27_1 e 27_2), uma vez que o mesmo doente, realizou duas PTCA em períodos distintos no ano de 2010;
- Nos episódios 27 e 29, surgiram complicações e os doentes foram submetidos a uma cirurgia cardíaca no bloco operatório, o que fez aumentar o período de internamento e o custo total do episódio.

Por último, no que respeita aos custos totais do procedimento em análise, estes ascenderam a 365.926 euros, tendo originado proveitos no valor de 365.256 euros, o que perfaz um resultado negativo de 670 euros para o Hospital dos Lusíadas em 2010.

5.2 ANÁLISE DA RENTABILIDADE

5.2.1 ANÁLISE DA RENTABILIDADE MÉDIA

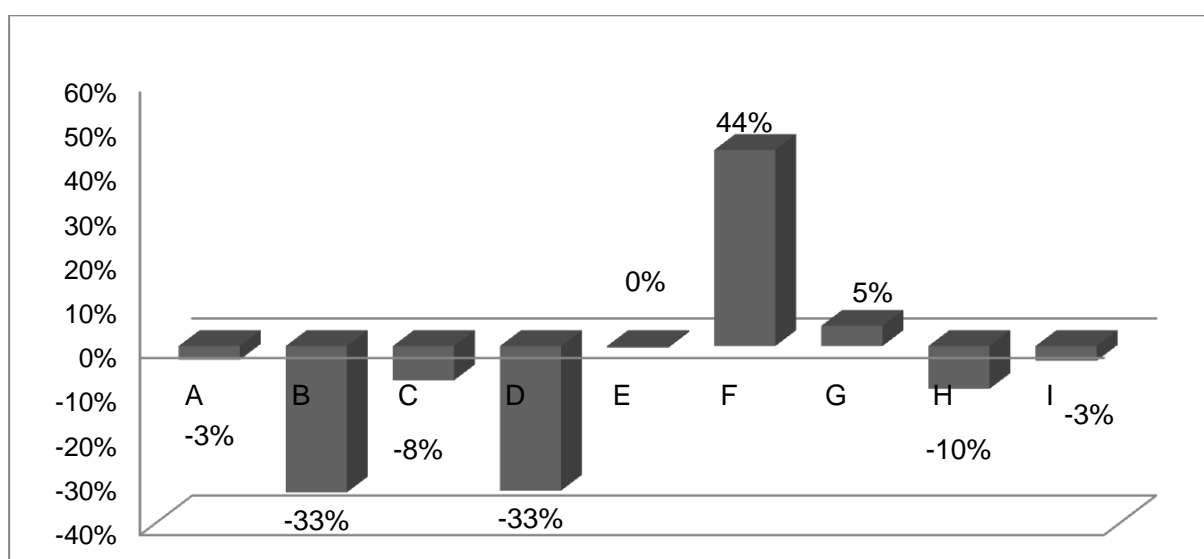
Segundo os dados que constam do Quadro XII (página 46), para o procedimento em análise, o HL apresenta uma rentabilidade nula (0%) para o ano de 2010. Sendo a mesma de -7% no caso de excluirmos da análise, os episódios com complicações.

5.2.2 ANÁLISE DA RENTABILIDADE TEÓRICA

Com a análise da rentabilidade teórica, pretende-se encontrar uma forma de comparar a rentabilidade dos diferentes terceiros pagadores através de um denominador comum, uma vez que se analisa a rentabilidade do rácio de proveitos reais de cada terceiro pagador, verso o custo médio sem complicações da PTCA no HL, para o ano de 2010.

Com base na interpretação do Quadro XIII (página 46) e da Figura 7, os pagadores B e D, são aqueles que apresentam as mais baixas taxas de rentabilidade, enquanto o F e G os que apresentam as rentabilidades mais elevadas para o Hospital dos Lusíadas.

Figura 7 - Rentabilidade teórica da PTCA em 2010 por terceiro pagador



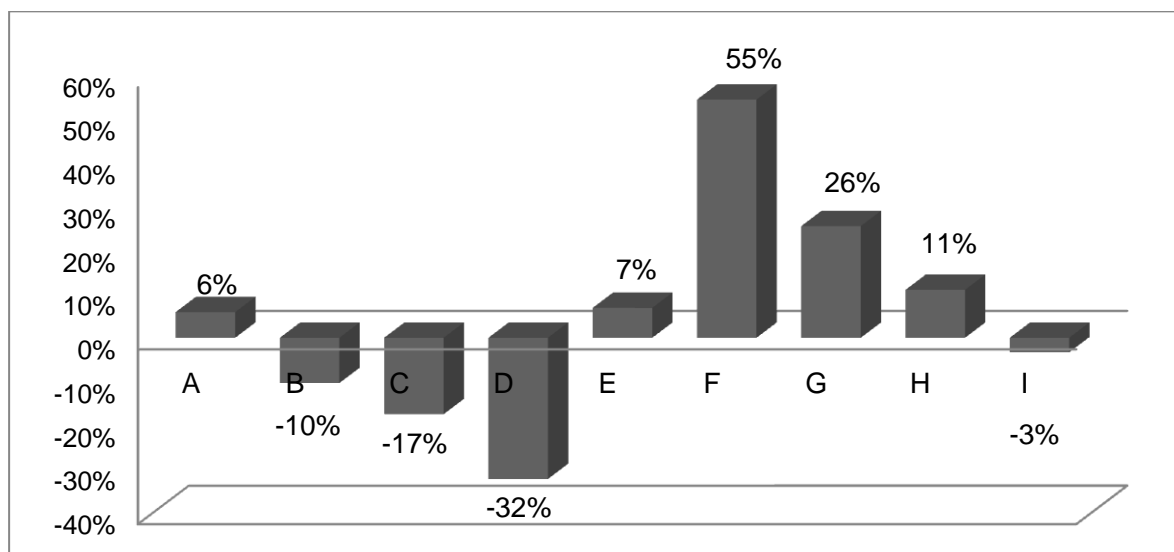
Desta forma, face aos valores dos proveitos acordados com os distintos terceiros pagadores e à actual estrutura de custos e volume de produção da PTCA no HL, em tese, este procedimento apenas será rentável quando facturado aos pagadores F e G.

5.2.3 ANÁLISE DA RENTABILIDADE REAL

A análise da rentabilidade real, traduz a rentabilidade comercial dos diversos terceiros pagadores, no que respeita à realização da PTCA no Hospital dos Lusíadas para o ano de

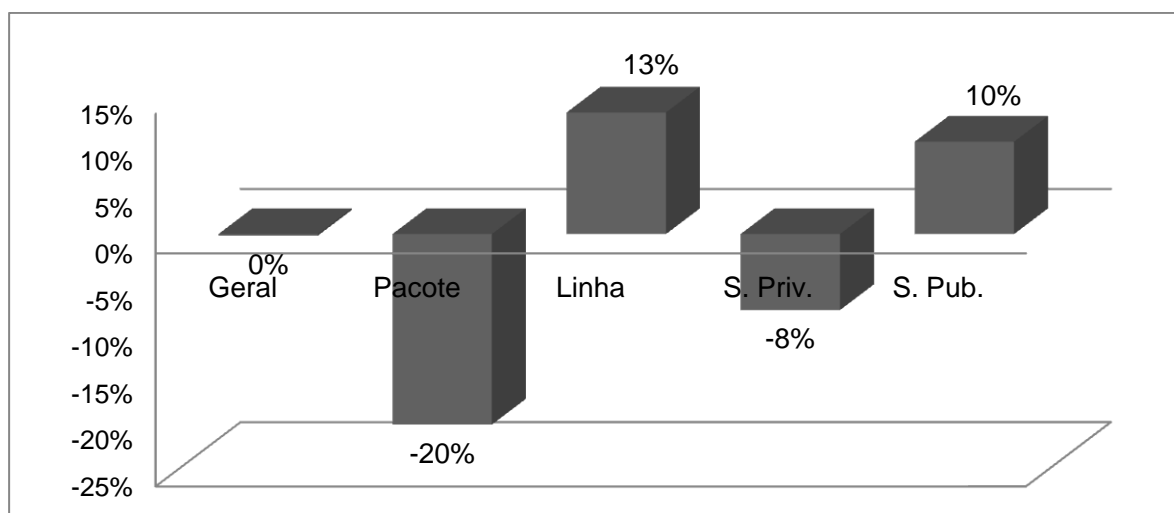
2010. Para tal utilizaram-se os proveitos reais e os custos reais de cada um dos episódios em análise para determinar a rentabilidade de cada um dos terceiros pagadores do Hospital.

Figura 8 - Rentabilidade real da PTCA por terceiro pagador



Apurando-se que no que respeita à rentabilidade real por terceiro pagador (Figura 8), o B, C, D e I apresentam valores negativos para o ano de 2010, enquanto o E, F, G e H, rentabilidades positivas.

Figura 9 - Rentabilidade real da PTCA por metodologia de pagamento e por subsistema



Se interpretarmos os dados por metodologia de pagamento, concluímos que o pagamento através de um “pacote” apresenta uma rentabilidade real média negativa de -20%, enquanto a facturação do episódio (*fee-for-service*) à linha, uma rentabilidade real média positiva de 13%. Os subsistemas privados apresentam uma rentabilidade real negativa (-8%), por oposição dos subsistemas públicos que apresentam valores positivos (10%).

Quadro XII – Análise da rentabilidade média da PTCA em 2010 no Hospital dos Lusíadas

	INTERNAMENTO				PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
Valores	Pacote	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Rentabilidade
Valores Médios	2.635	1.022	1.635	-614	322	2.071	-1.749	680	1.762	-1.082	4.954	4.161	793	9.612	9.630	-18	0%
Valores Médios (s/ complicações)	2.945	644	1.109	-465	301	2.046	-1.745	654	1.799	-1.145	3.561	3.588	-28	8.020	8.542	-522	-7%

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

Quadro XIII – Análise da rentabilidade teórica da PTCA por terceiro pagador

	INTERNAMENTO				PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
Pagador	Pacote	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Rentabilidade
A	0	231	1.113	-882	619	2.046	-1.427	4.266	4.267	0	5.582	3.605	1.978	10.699	11.030	-331	-3%
B	2693,5	416	1.113	-697	0	2.046	-2.046	0	1.530	-1.530	3.123	3.605	-482	6.233	8.293	-2.060	-33%
C	5537,5	456	1.113	-657	145	2.046	-1.901	0	2.048	-2.048	2.040	3.605	-1.564	8.179	8.812	-633	-8%
D	4500	0	1.113	-1.113	0	2.046	-2.046	0	1.912	-1.912	2.040	3.605	-1.564	6.540	8.676	-2.135	-33%
E	0	456	1.113	-657	725	2.046	-1.321	1.881	1.912	-31	5.582	3.605	1.978	8.644	8.676	-32	0%
F	12504	0	1.113	-1.113	0	2.046	-2.046	0	1.340	-1.340	2.040	3.605	-1.564	14.544	8.104	6.441	44%
G	0	0	1.113	-1.113	1.750	2.046	-296	2.300	2.185	115	5.327	3.605	1.722	9.377	8.949	428	5%
H	0	416	1.113	-697	567	2.046	-1.478	992	1.340	-348	5.413	3.603	1.810	7.388	8.102	-714	-10%
I	0	860	1.113	-254	567	2.035	-1.468	992	1.340	-348	5.413	3.603	1.810	7.831	8.091	-260	-3%

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

Quadro XIV – Análise da rentabilidade real da PTCA em 2010 no Hospital dos Lusíadas

		INTERNAMENTO			PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
Pagador	N	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Rentabilidade
Geral	38	38.818	62.147	-23.329	12.221	78.693	-66.472	25.858	66.972	-41.114	188.243	158.113	30.130	365.256	365.926	-670	0%
Pacote	19	12.460	23.318	-10.858	131	42.874	-42.743	0	36.025	-36.025	44.403	71.399	-26.996	144.605	173.616	-29.011	-20%
Linha	19	26.358	38.829	-12.471	12.090	35.819	-23.729	25.858	30.947	-5.089	143.841	86.714	57.126	220.651	192.310	28.341	13%
SubsPriv	25	15.373	28.878	-13.505	4.845	52.462	-47.617	12.966	49.552	-36.586	70.498	89.566	-19.069	203.798	220.459	-16.661	-8%
SubsPub.	13	23.445	33.269	-9.824	7.376	26.231	-18.855	12.892	17.420	-4.528	117.746	68.546	49.199	161.458	145.467	15.992	10%
A	1	575	855	-280	619	1.266	-647	4.266	4.267	0	3.561	2.104	1.457	9.021	8.492	529	6%
B	4	4.680	6.166	-1.486	0	6.368	-6.368	0	6.118	-6.118	13.696	13.517	179	29.150	32.170	-3.020	-10%
C	9	7.330	11.029	-3.699	131	23.988	-23.857	0	18.436	-18.436	17.771	34.743	-16.972	75.070	88.196	-13.126	-17%
D	6	0	6.123	-6.123	0	12.519	-12.519	0	11.471	-11.471	13.244	23.138	-9.895	40.244	53.251	-13.007	-32%
E	3	2.260	3.422	-1.162	2.345	5.608	-3.263	6.400	5.736	664	16.523	10.881	5.642	27.528	25.646	1.882	7%
F	1	0	855	-855	0	1.628	-1.628	0	1.340	-1.340	1.638	2.610	-972	14.142	6.434	7.708	55%
G	1	0	428	-428	1.750	1.085	665	2.300	2.185	115	4.373	2.573	1.801	8.423	6.271	2.152	26%
H	11	22.295	31.558	-9.263	6.241	23.518	-17.276	10.908	14.740	-3.832	109.743	63.015	46.728	149.188	132.831	16.357	11%
I	2	1.150	1.711	-561	1.135	2.714	-1.579	1.983	2.680	-697	8.003	5.531	2.471	12.271	12.636	-365	-3%

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

5.3 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA

Quadro XV – Análise da eficiência da PTCA em 2010 no Hospital dos Lusíadas

Terceiro Pagador	Geral	Pacote	Linha	Subs Priv.	Subs Pub.	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Eficiência	1,13	1,07	1,18	1,03	1,73	0,99	0,94	1,15	1,04	1,00	0,75	0,73	1,41	0,74

Da interpretação do Quadro XV, pode reter-se que a eficiência do procedimento é mais elevada nos subsistemas privados, do que nos subsistemas públicos.

- No que concerne uma análise por terceiros pagadores, o F, G e I apresentam-se como os mais eficientes, podendo ainda ressaltar-se que o A, B, D e E, ilustram valores muito próximos da eficiência técnica, nos episódios analisados em 2010.
- Por contraponto, o C e H, evidenciam eficiências técnicas bastante reduzidas, o que denota uma má relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos.

5.4 ANÁLISE DO RISCO FINANCEIRO

Quadro XVI – Análise do risco da PTCA em 2010 no Hospital dos Lusíadas

Terceiro Pagador	Geral	Pacote	Linha	Subs Priv.	Subs Pub.	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Coefficiente de Variação	0,59	0,40	0,70	0,37	0,74	-	0,30	0,47	0,24	0,16	-	-	0,72	0,14

O risco de natureza financeira apresenta-se mais elevado nos terceiros pagadores, em que os doentes são facturados à linha, sendo o risco particularmente elevado nos subsistemas públicos, nomeadamente no pagador H.

- No que concerne uma análise por terceiros pagadores, o B, D, E e I apresentam-se como os de menor risco financeiro, devendo-se ressaltar que o pagador E, apesar de ser facturado à linha é um subsistema privado, o qual possivelmente efectua uma selecção criteriosa dos doentes que compõem a carteira de clientes, possibilitando um risco financeiro menor ao Hospital dos Lusíadas;
- Por contraponto, o C e H, evidenciam um risco bastante elevado, o que denota uma grande variação dos recursos utilizados durante o período de internamento;
- Os terceiros pagadores A, F e G, não apresentam qualquer valor, uma vez que apenas são financeiramente responsáveis por um episódio de internamento na amostra em estudo.

5.5 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE

5.5.1 CENÁRIO A – AUMENTO DOS PREÇOS

Pela análise do Quadro XVIII (pagina 50), um incremento médio de 10% dos preços cobrados aos terceiros pagadores, têm um impacto na rentabilidade total da PTCA de 7%, uma vez que esta apresenta um valor nulo para o ano de 2010. Se excluirmos da análise os episódios com complicações, então a rentabilidade apresenta um valor de 1%, face aos -7% do cenário de preços reais.

Por seu lado da análise do Quadro XIX (página 50) em comparação com o Quadro XIV (página 47), podemos observar que:

- Os valores da rentabilidade média dos pagadores segundo o pagamento de um “pacote” aumentou de -20% para -11% e que por sua vez a rentabilidade dos pagadores facturados segundo uma metodologia à linha, aumento de 13% para 19%;
- Os subsistemas privados apresentam agora uma rentabilidade quase positiva (-1%), enquanto os subsistemas públicos viram a sua rentabilidade aumentada de 10% para 17%;
- Individualmente todos os terceiros pagadores aumentaram a sua rentabilidade, mantendo os pagadores B, C, D e I uma rentabilidade negativa.

5.5.2 CENÁRIO B - AUMENTO DA PRODUÇÃO

Para o cálculo do *break even point* da sala de hemodinâmica, a produção da sala de hemodinâmica foi aumentada até que os proveitos médios, igualem os custos médios.

Quadro XVII – Tabela de produção da sala de hemodinâmica (Cenário B)

PROCEDIMENTOS SALA DE HEMODINAMICA			
	2009	2010	BREAK EVEN
Nº de Procedimentos	127	221	1105
Duração Média	01:36	01:10	01:10
Duração Total	204:10	257:25	1286:25
PTCA			
	2009	2010	BREAK EVEN
Nº de Procedimentos	33	38	190
Duração Média PTCA	01:18	00:57	00:57
Duração Total PTCA	43:03	36:15	181:15

Fonte: Construção própria com base em extrapolação do cenário B e no ficheiro de enfermagem da cardiologia do HL

Quadro XVIII – Análise da rentabilidade média da PTCA (Cenário A)

		INTERNAMENTO			PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
Valores	Pacote	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Rentabilidade
Valores Médios	2.898	1.122	1.635	-513	322	2.071	-1.749	680	1.889	-1.209	4.954	4.161	793	10.472	9.757	715	7%
Valores Médios (s/ complicações)	3.239	707	1.109	-402	301	2.046	-1.745	654	1.936	-1.283	3.561	3.588	-28	8.725	8.680	45	1%

Quadro XIX – Análise da rentabilidade real da PTCA (Cenário A)

		INTERNAMENTO			PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
Pagador	N	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultado	Rentabilidade
Geral	38	42.647	62.147	-19.500	12.221	78.693	-66.472	25.858	71.794	-45.936	188.243	158.113	30.130	397.921	370.747	27.174	7%
Pacote	19	13.661	23.318	-9.657	131	42.874	-42.743	0	39.628	-39.628	44.403	71.399	-26.996	159.008	177.219	-18.211	-11%
Linha	19	28.986	38.829	-9.843	12.090	35.819	-23.729	25.858	32.166	-6.308	143.841	86.714	57.126	238.913	193.528	45.385	19%
SubsPriv	25	16.858	28.878	-12.021	4.845	52.462	-47.617	12.966	54.374	-41.407	70.498	89.566	-19.069	222.343	225.280	-2.937	-1%
SubsPub	13	25.790	33.269	-7.480	7.376	26.231	-18.855	12.892	17.420	-4.528	117.746	68.546	49.199	175.577	145.467	30.111	17%
A	1	633	855	-223	619	1.266	-647	4.266	4.693	-427	3.561	2.104	1.457	9.079	8.919	160	2%
B	4	5.148	6.166	-1.018	0	6.368	-6.368	0	6.730	-6.730	13.696	13.517	179	30.695	32.781	-2.086	-7%
C	9	8.063	11.029	-2.966	131	23.988	-23.857	0	20.280	-20.280	17.771	34.743	-16.972	80.786	90.040	-9.253	-11%
D	6	0	6.123	-6.123	0	12.519	-12.519	0	12.618	-12.618	13.244	23.138	-9.895	42.944	54.398	-11.454	-27%
E	3	2.486	3.422	-936	2.345	5.608	-3.263	6.400	6.309	91	16.523	10.881	5.642	27.754	26.220	1.534	6%
F	1	0	855	-855	0	1.628	-1.628	0	1.340	-1.340	1.638	2.610	-972	15.392	6.434	8.959	58%
G	1	0	428	-428	1.750	1.085	665	2.300	2.404	-104	4.373	2.573	1.801	8.423	6.489	1.934	23%
H	11	24.525	31.558	-7.034	6.241	23.518	-17.276	10.908	14.740	-3.832	109.743	63.015	46.728	151.417	132.831	18.586	12%
I	2	1.265	1.711	-446	1.135	2.714	-1.579	1.983	2.680	-697	8.003	5.531	2.471	12.386	12.636	-250	-3%

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

Deste modo, os proveitos médios da sala foram extrapolados com base na valorização dos proveitos da PTCA, a partir do valor médio de 549 euros por procedimento. Para a valorização dos proveitos, o mix de pagadores irá manter-se, assim como o peso relativo da PTCA na produção da sala de hemodinâmica.

No que respeita a estrutura de custos da Sala de Hemodinâmica, os custos fixos da sala mantiveram-se e os custos variáveis reflectiram um incremento proporcional ao do aumento da produção da sala (Quadro XX).

Segundo estes pressupostos, apurou-se o *break even point* da sala, nas 1286 horas anuais, o que equivale ao quádruplo da produção total em 2010 e a uma produção diária média de 5 horas e 8 minutos, se tomarmos como base 250 dias laboráveis e mantivermos o mesmo mix de produção (Quadro XVII).

Quadro XX – Tabela de imputação de gastos à produção da sala de hemodinâmica (Cenário B)

RUBRICA	VALOR	% do Total
Electricidade	9.291	1%
Gás	1.624	0%
Resíduo	2.611	0%
Comunicação	4.310	1%
Água	307	0%
Limpeza, Higiene e Conforto	116.355	17%
Lavandaria	9.089	1%
Gastos com pessoal	142.044	21%
Amortizações do exercício	112.414	17%
Despesas Administrativas	2.890	0%
Rendas	272.928	41%
Total de Gastos hemodinâmica		673.863
Valor Hora do Piso de Sala		524

Fonte: Construção própria com base na “matriz de gastos comuns” do Hospital do Lusíadas e na produção da sala com base do ficheiro de enfermagem da cardiologia

Em conclusão, seria necessário quintuplicar a produção da sala para que os seus custos fossem totalmente absorvidos pelos proveitos, uma vez que a produção da PTCA é no modelo em estudo, directamente proporcional.

5.5.3 CENÁRIO C - RENTABILIDADE TARGET =10%

A produção da Sala de Hemodinâmica foi aumentada até que a rentabilidade média da PTCA atinja o valor de 10%, excluindo-se os episódios com complicações.

Para tal manteve-se o mix de pagadores, assim como o peso relativo da PTCA na produção da sala de hemodinâmica, reflectindo os custos variáveis um incremento proporcional ao do aumento da produção.

As restantes componentes do modelo apenas apresentam custos variáveis, os quais se reflectiram directa e proporcionalmente à medida que se foi aumentado a produção, até que se atingiu a rentabilidade de 10% (Quadro XXIV).

Quadro XXI – Tabela de imputação de gastos à produção da sala de hemodinâmica (Cenário C)

RUBRICA	VALOR	% do Total
Electricidade	5.574	1%
Gás	975	0%
Resíduo	1.567	0%
Comunicação	2.586	0%
Agua	184	0%
Limpeza, Higiene e Conforto	69.812	11%
Lavandaria	5.454	1%
Gastos com pessoal	142.044	23%
Amortizações do exercício	112.414	18%
Despesas Administrativas	2.890	0%
Rendas	272.928	44%
Total de Gastos hemodinâmica	616.428	
Valor Hora do Piso de Sala	798	

Fonte: Construção própria com base na “matriz de gastos comuns” do Hospital do Lusíadas e na produção da sala com base do ficheiro de enfermagem da cardiologia

Neste terceiro cenário, o valor hora do piso de sala foi fixado em 798 euros, uma vez que foi triplicada a produção original da sala de hemodinâmica.

Segundo estes pressupostos, apurou-se uma rentabilidade superior a 10%, nas 772 horas anuais (Quadro XXII), o que equivale ao triplo da produção total em 2010 e a uma produção diária média de 3 horas, se tomarmos como base 250 dias laboráveis e mantivermos o mesmo mix de produção.

Quadro XXII – Tabela da produção da sala de hemodinâmica (Cenário C)

PROCEDIMENTOS SALA DE HEMODINAMICA			
	2009	2010	Rentabilidade 10%
Nº de Procedimentos	127	221	663
Duração Média	01:36	01:10	01:10
Duração Total	204:10	257:25	771:45
PTCA			
	2009	2010	Rentabilidade 10%
Nº de Procedimentos	33	38	114
Duração Média PTCA	01:18	00:57	00:57
Duração Total PTCA	43:03	36:15	108:45

Fonte: Construção própria com base em extrapolação do cenário C e no ficheiro de enfermagem da cardiologia do HL

Podemos verificar da interpretação do Quadro XXIII que em resultado de triplicarmos a produção, a rentabilidade geral da PTCA sobe do anterior 0% para 13% em 2010, o que denota que a diminuição dos custos de estrutura, provoca um aumento da rentabilidade real na totalidade dos terceiros pagadores.

Quadro XXIII – Análise da rentabilidade real da PTCA em 2010 e o triplicar da sua produção

Terceiro Pagador	Geral	Pacote	Linha	Subs Priv.	Subs Pub.	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Rentabilidade Real Cenário C	13%	-1%	23%	8%	20%	15%	3%	3%	-13%	20%	62%	34%	21%	11%
Rentabilidade Real HL 2010	0%	-20%	13%	-8%	10%	6%	-10%	17%	-32%	7%	55%	26%	11%	-3%

Por seu lado da análise do quadro anterior, que resulta da comparação do Quadro XXV (página 54) com o Quadro XIV (página 47), podemos salientar que:

- Neste cenário, a rentabilidade média dos terceiros pagadores facturados através de um pacote sobe de -20% para -1%, enquanto a rentabilidade da facturação à linha sobe dos 13% para os 23%;
- No que respeita à análise por subsistema, tanto os privados (8%) como os públicos (20%) apresentam agora uma rentabilidade positiva;
- Individualmente todos os terceiros pagadores aumentaram a sua rentabilidade real, conservando o pagadores D uma rentabilidade real negativa.

Quadro XXIV – Análise da rentabilidade média da PTCA, (Cenário C)

	INTERNAMENTO				PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
Valores	Pacote	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Rentabilidade
Valores Médios	2.635	1.022	1.635	-614	322	761	-440	680	1.762	-1.082	4.954	4.161	793	9.612	8.320	1.292	13%
Valores Médios (s/ complicações)	2.945	644	1.109	-465	301	752	-451	654	1.799	-1.145	3.561	3.588	-28	8.020	7.248	771	10%

Quadro XXV – Análise da rentabilidade real da PTCA, (Cenário C)

			INTERNAMENTO			PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
Pagador	N	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultados	Proveitos	Custos	Resultado	Proveitos	Custos	Resultados	Rentabilidade	
Geral	38	38.818	62.147	-23.329	12.221	28.926	-16.705	25.858	66.972	-41.114	188.243	158.113	30.130	365.256	316.159	49.097	13%	
Pacote	19	12.460	23.318	-10.858	131	15.760	-15.629	0	36.025	-36.025	44.403	71.399	-26.996	144.605	146.502	-1.896	-1%	
Linha	19	26.358	38.829	-12.471	12.090	13.166	-1.076	25.858	30.947	-5.089	143.841	86.714	57.126	220.651	169.657	50.994	23%	
SubsPriv	25	15.373	28.878	-13.505	4.845	19.284	-14.439	12.966	49.552	-36.586	70.498	89.566	-19.069	203.798	187.281	16.517	8%	
SubsPub	13	23.445	33.269	-9.824	7.376	9.642	-2.266	12.892	17.420	-4.528	117.746	68.546	49.199	161.458	128.878	32.581	20%	
A	1	575	855	-280	619	465	154	4.266	4.267	0	3.561	2.104	1.457	9.021	7.691	1.330	15%	
B	4	4.680	6.166	-1.486	0	2.341	-2.341	0	6.118	-6.118	13.696	13.517	179	29.150	28.142	1.007	3%	
C	9	7.330	11.029	-3.699	131	8.818	-8.686	0	18.436	-18.436	17.771	34.743	-16.972	75.070	73.026	2.044	3%	
D	6	0	6.123	-6.123	0	4.602	-4.602	0	11.471	-11.471	13.244	23.138	-9.895	40.244	45.334	-5.090	-13%	
E	3	2.260	3.422	-1.162	2.345	2.061	284	6.400	5.736	664	16.523	10.881	5.642	27.528	22.100	5.428	20%	
F	1	0	855	-855	0	598	-598	0	1.340	-1.340	1.638	2.610	-972	14.142	5.404	8.738	62%	
G	1	0	428	-428	1.750	399	1.351	2.300	2.185	115	4.373	2.573	1.801	8.423	5.584	2.839	34%	
H	11	22.295	31.558	-9.263	6.241	8.645	-2.403	10.908	14.740	-3.832	109.743	63.015	46.728	149.188	117.958	31.230	21%	
I	2	1.150	1.711	-561	1.135	997	137	1.983	2.680	-697	8.003	5.531	2.471	12.271	10.920	1.351	11%	

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

CAPITULO VI – DISCUSSÃO

6.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Com o intuito de avaliar a rentabilidade económica de alguns procedimentos do Hospital dos Lusíadas, foram consideradas como alternativas para a execução do presente estudo, a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea, realizada na unidade de cardiologia, a Tomografia por Emissão de Positrões (*PET SCAN*) oriunda da Medicina Nuclear e o Hospital de dia na sua vertente oncológica.

Optou-se pelo estudo da PTCA, uma vez que o procedimento é realizado no HL desde 2008, existindo por isso, um maior volume de dados, quer no que respeita ao número de intervenções realizadas, como também aos custos e proveitos que lhe estão associados, premissas fundamentais segundo Matos (2002), face às outras duas alternativas inicialmente avaliadas.

Tendo-se identificado o objectivo do trabalho, deparámo-nos com um problema metodológico aquando da recolha da amostra, uma vez que o Hospital dos Lusíadas não tem implementado um sistema de classificação de doentes.

Este problema foi de alguma forma ultrapassado, compilando-se a amostra em estudo, a partir do registo de procedimentos da unidade de Cardiologia (Cardiobase), posteriormente conciliado com o Software de *Business Intelligence* e de Gestão Hospitalar.

No que respeita a eleição da rentabilidade, da eficiência e do risco financeiro, como os indicadores mais relevantes para analisar a PTCA no hospital dos Lusíadas, estes resultam de uma opção metodológica dos autores, uma vez que se estuda a receita do hospital privado, sendo para tal fundamental avaliar a rentabilidade dos actos clínicos que compõem o portfolio de serviços de saúde.

Ainda sobre os indicadores do estudo, a avaliação da prestação de cuidados é escrutinada através da eficiência do episódio de internamento, enquanto os terceiros pagadores são avaliados através do cálculo do risco financeiro da carteira de clientes, pelos quais são financeiramente responsáveis.

Por seu lado os cenários testados na análise de sensibilidade resultam de uma proposta da administração dos Hospitais Privados Portugueses. Para tal a produção e mix de pagadores foram extrapolados com base nas informações recolhidas para o estudo da PTCA, reconhecendo-se que possivelmente se obteriam resultados discordantes, se fossem

utilizadas para o modelo, dados de todos os procedimentos que se realizam na Sala de Hemodinâmica.

Será ainda importante aprofundar três limitações metodológicas ao presente estudo.

6.1.1 METODOLOGIAS DE APURAMENTO DE CUSTOS

Aquando da fase de recolha de informação, foi efectuada uma revisão de literatura ao estado da arte das metodologias de custeio dos hospitais, e ainda às metodologias de estimação de custos, uma vez que não se sabia qual o detalhe da informação contabilística que se iria encontra no Hospital dos Lusíadas.

De acordo com Costa *et al.* (2008a), existem duas abordagens ao apuramento de custos. As abordagens “*bottom-up*” consistem na recolha de informação ao longo do processo de produção, utilizando para tal técnicas de micro-custeio. Por seu lado, as abordagens “*top-down*” partem da contabilidade geral, sendo a partir daí imputados internamente de forma a custear o output final, sendo as mesmas, menos precisas que as “*bottom-up*”, uma vez que os valores obtidos são baseados em estimativas apuradas através de critérios de imputação indirecta.

Segundo os mesmos autores, a grande maioria dos hospitais portugueses pertencentes ao SNS segue as regras de apuramento de custos prevista no Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde (POCMS) e no Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH – 3ª ed.), o qual divide o total dos custos em secções principais, nomeadamente de internamento, hospital de dia, consulta externa, urgência, entre outras. Por seu lado o Hospital dos Lusíadas, já adoptou o novo do Sistema de Normalização Contabilística para a contabilidade geral, organizando a sua analítica segundo Centros de Resultados.

Todavia e apesar de inicialmente se ter pensado comparar o custo do episódio da PTCA, segundo três metodologias de custeio (Custeio Directo, Método das Secções, e Custeio por Actividades), tal não foi possível, uma vez que aquando da recolha de informação o Centro de Resultados da Hemodinâmica se encontrava informaticamente mal parametrizado, espelhando valores errados para os seus custos e proveitos, o que anulou este objectivo inicial.

Neste sentido, não foi possível custear a PTCA segundo o Método das Secções ou o muito ambicionado método ABC e compará-los com o Custeio Directo, metodologia de recolha de custos vigente no HL.

Comparativamente com os métodos tradicionais de custeio, o Custeio pelas Actividades (ABC), permite calcular os custos dos cuidados de saúde prestados pelos hospitais, com um maior nível de detalhe, identificando os diversos factores aos quais os custos se encontram susceptíveis, o que permite efectuar análises de sensibilidade à produção hospitalar (Baker, 1998).

Por seu lado Eckman, *et. al.* (1998), afirmam que as técnicas de "*bottom-up*" com base no levantamento detalhado dos recursos utilizados durante o episódio de internamento, utilizando para tal os custos unitários apurados com base no micro-custeio de cada hospital, são o método reconhecido como a representação mais fiel dos verdadeiros custos de um determinado episódio.

Porém esta abordagem só pode ser aplicada quando os hospitais têm sistemas de recolha directa dos seus custos ao logo do processo de prestação de cuidados, o que é o caso do Hospital dos Lusíadas, tendo sido realizável o apuramento do custo real de cada episódio de internamento, uma vez que é possível detalhar todos os custos e os proveitos que se lhe encontram associados.

Esta é uma possibilidade pouco comum nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, onde a contabilidade analítica é incipiente (Costa *et al.*, 2008a), por oposição aos hospitais privados portugueses, que por obrigatoriedade da facturação do episódio aos seus clientes, se encontram dotados de sistemas de custeio mais robustos.

No seguimento, todos os valores que compõem os quadros e tabelas que se apresentam neste trabalho resultam de construção própria, com base nas diversas fontes de informação contabilística e de gestão, que o HL pôs à disposição, durante o período de realização do presente estudo.

Em alternativa ao apuramento dos custos reais, poderiam ter sido utilizadas metodologias de estimação dos custos hospitalares.

No seu estudo intitulado "*Comparison of analytic approaches for the economic evaluation of new technologies alongside*", Taira, *et. al.* (2003), compararam quatro métodos para estimar os custos associados à revascularização coronária percutânea, tendo para tal utilizado os seguintes estimadores: (1) "*hospital charges*"; (2) "*hospital charges*" convertidos em custos, através da utilização do rácio custos/facturação do hospital; (3) "*hospital charges*" convertidos em custos pela utilização do rácio custos/facturação do departamento; (4) discriminação dos custos associados ao Laboratório de Hemodinâmica, mais os custos hospitalares não processuais gerados a partir do rácio custos/facturação do departamento.

Contudo e apesar de alguns estudos terem utilizado as “*hospital charges*”, facturação hospitalar, como “*proxy*” para os custos (Reeder, *et. al.*, 1994; Hemenwat, *et. al.*, 1985; Jang, *et. al.*, 1984), tal não se mostrava necessário uma vez que no HL é possível recolher de forma directa, todos os custos associados a um episódio de internamento.

Assim e face as presentes limitações, optou-se apenas por estudar a PTCA no HL, através do método do Custeio Directo, deixando-se para futuros trabalhos a possibilidade de comparar qual a metodologia de custeio, que melhor se adapta às particularidades da função receita do Hospital dos Lusíadas.

6.1.2 AJUSTAMENTO PELO RISCO

Uma outra limitação metodológica a ressaltar, resulta de não se ter realizado o ajustamento pelo risco nos episódios a estudo.

De acordo com a revisão da literatura efectuada, é possível verificar que os doentes não são encaminhados para os hospitais de forma aleatória. Estes são seleccionados pelos seguros privados de saúde, segundo perfis de risco pré-estabelecidos (Newhouse, 1984).

Iezzoni (2003), refere que a motivação principal do ajustamento pelo risco é a possibilidade de comparação entre resultados e/ou performance ao nível individual ou de grupos de indivíduos, populações ou contrapartes, cujos potenciais propósitos podem incluir: estabelecer níveis de pagamentos por indivíduo ou para planos de seguros; incentivar os prestadores a aceitar utentes com elevados riscos associados; comparar os níveis de eficiência e custos entre prestadores e seguros de saúde; produzir relatórios públicos sobre a performance dos prestadores individuais; permitir a comparação interna dos resultados obtidos por doente entre médicos no sentido de melhorar a sua performance.

Deste modo, seria importante efectuar um ajustamento pelo risco dos episódios a estudo, assente num modelo de características consistentes, possíveis, não manipuláveis e reconhecidas como determinantes das necessidades de saúde das populações.

Segundo Costa *et. al.* 2008b, *ao nível dos modelos de ajustamento pelo risco, existem basicamente duas formas de previsão dos custos futuros: a primeira consiste na geração de um score baseado nos coeficientes de regressão das variáveis preditivas, a segunda é operacionalizada pela classificação dos utentes em grupos de risco estratificados e mutuamente exclusivos de acordo com o seu nível de custos esperados.*

Os modelos de ajustamento pelo risco, podem incluir vários tipos de variáveis populacionais a serem consideradas aquando do referido ajustamento. Um dos modelos mais comum assenta em variáveis demográficas, utilizando sobretudo as dimensões de sexo e idade, constituindo a informação mais básica para ajustamento pelo risco. A inclusão do factor idade, nos modelos de ajustamento pelo risco, resulta do princípio geralmente aceite de que esta influência a necessidade de cuidados de saúde. Tal como a idade, o sexo é um factor de ajustamento pelo risco relativamente consensual em termos internacionais. Para além da facilidade da sua recolha, esta característica é normalmente considerada pelo pressuposto de que existem diferenças das necessidades em função do género do indivíduo. No entanto, apesar de ser amplamente consensual a utilização das variáveis sexo e idade como características originais das necessidades em saúde geradas pelas populações, são também reconhecidas falhas ao nível da seu poder explicativo, que se estima ser estatisticamente pouco significativo (Iezzoni, 2003).

Para além disso, Costa *et.al.*, (2008b) reiteram que *a morbilidade do internamento hospitalar per si, não permite captar toda a carga de doença. Idealmente, o sistema de ajustamento pelo risco perfeito deveria corrigir todos os factores que contribuem para as diferentes necessidades em saúde das populações. A impossibilidade de realizar inquéritos ou determinar medidas do estado de saúde das populações de uma forma global, conduziu a uma tendência natural para a utilização da informação disponível nas bases de dados administrativas principalmente as informatizadas.*

Alternativamente, o conceito de risco em termos estatísticos, pode ser definido como a diferença entre os valores observados face à média de um determinado conjunto de observações, sendo que, o ajustamento pelo risco consiste num processo estatístico utilizado para identificar e ajustar a variação de resultados dos doentes originada pela diferença das suas características (ou factores de risco) entre organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Contudo para o presente trabalho não foi efectuado qualquer tipo de ajustamento pelo risco para os episódios em análise, tendo sido utilizado o coeficiente de variação (CV), apenas para a análise do risco de natureza financeira, não se pretendendo levar o leitor a considerar este indicador como um determinante das necessidades em saúde de uma população.

De forma a concluir, o ajustamento pelo risco é considerado pela literatura científica, como um procedimento inevitável e incontornável, a uma abordagem correcta para avaliar indicadores relacionados com o financiamento e a eficiência hospitalar.

6.1.3 COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Um dos objectivos do presente trabalho pretende-se, em evidenciar a complexidade da função receita do hospital privado português, a qual se espera ter ilustrado através das inúmeras regras de facturação e metodologias de pagamento do Hospital dos Lusíadas.

Por contraponto os hospitais do Serviço Nacional de Saúde, obtêm cerca de 85% do seu financiamento através de um contrato programa celebrado com a respectiva administração regional de saúde, resultante da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS, o qual tem por base a classificação dos doentes em GDHs (ACSS, 2010).

Os restantes 15% são oriundos de cuidados de saúde prestados pelos hospitais da rede do SNS a beneficiários de subsistemas de saúde, ou outras instituições públicas ou privadas segundo a Portaria nº 132/2009 de 28 de Janeiro, com as alterações da Portaria 839-A/2009, de 31 de Julho.

De ressaltar que os hospitais de agudos do SNS, podem alternativamente ser financiados por pagamentos de capitação, quando integrados em Unidades Locais de Saúde (Barros, 2009).

Neste sentido seria interessante comparar-se a prestação pública e a prestação privada de cuidados de saúde, através de um sistema de classificação de doentes comum, utilizando-se por exemplo os Grupos de Diagnóstico Homogéneos já presentes no SNS.

Ainda sobre a comparação com os hospitais do SNS, para o presente trabalho a eficiência foi expressa pela relação entre os custos esperados e os custos observados, nos quais os custos esperados expressam o valor do custo médio da PTCA sem complicações em 2010.

Alternativamente, se fosse possível classificar a produção do Hospital dos Lusíadas segundo GDHs, poderia ter-se utilizado o valor inscrito na portaria nº 132/2009 de 28 de Janeiro, com as alterações da Portaria 839-A/2009 como custo esperado dos episódios da PTCA.

Desta forma, ao permitir-se comparações entre o sector público e o privado da prestação de saúde, poderiam desfazer-se mitos, além de se melhor ajustar o valor a pagar pelos serviços hospitalares.

Todavia Costa *et. al.* (2008a), advertem para o facto de em Portugal os custos disponibilizados pelos hospitais do SNS, serem apenas discriminados ao nível dos serviços, existindo mesmo algumas dúvidas relativas à sua fiabilidade. Uma vez que não existe uma

uniformidade nos critérios de imputação aos custos hospitalares, a adopção do preço do GDH inscrito na portaria como o valor representativo do custo esperado, traria novos problemas metodológicos.

Neste seguimento, para que seja possível a realização do processo de distribuição dos custos ao nível do serviço pelos respectivos custos por GDH é aplicada uma metodologia de recurso, através da utilização da matriz de Maryland (Costa *et. al.* 2008a).

Esta matriz faz uma correspondência relativa, com níveis de precisão moderados de acordo com os padrões de utilização dos Hospitais do Estado de Maryland nos EUA, atribuindo aos diversos serviços prestados durante o episódio de internamento hospitalar, proporções que reflectem os custos por serviço em cada GDH (Bentes et al., 1996).

Segundo Santana (2005), na impossibilidade actual de no SNS obtermos custos por doente, este método parece ser o que apresenta melhores condições de representar pesos eficientes. Todavia, são reconhecidas algumas limitações na aplicação dos pesos da matriz de Maryland, nomeadamente resultantes do facto dos pesos terem sido calculados com base em valores facturados (*charges*) e não em custos hospitalares.

Deste modo, se a produção do Hospital dos Lusíadas se encontrasse classificada segundo GDHs, seria possível apurar o custo real e por conseguinte o peso relativo das diversas componentes, efectuando-se uma comparação posterior com os pesos dos diversos serviços, inscritos na matriz de Maryland que se utiliza para o SNS.

Sem embargo, poder-se-ia utilizar a realidade clínica e contabilista dos hospitais privados, para se melhorar a precisão dos pesos relativos da matriz que se encontra na base do financiamento dos hospitais do SNS.

Reconhecendo-se todavia, que o padrão de utilização de recursos dos hospitais públicos diverge dos seus congéneres privados, o que no caso do Ministério da Saúde Australiano levou a elaboração de tabelas⁸ distintas para os seus *Australian Refined DRGs*.

Por último, ressaltamos que as conclusões que se retiram do presente estudo, apenas se aplicam ao procedimento em análise (PTCA) no Hospital dos Lusíadas e para o ano de 2010. Neste sentido, seria muito interessante realizar um estudo para todo o sector da prestação privada e de cariz longitudinal, de modo a testar se as inferências que aqui se apresentam, se reflectem a nível nacional.

⁸ http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Round_13-cost-reports

6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.2.1 VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com os resultados da investigação, a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea no Hospital dos Lusíadas, apresenta um custo médio por doente, igual ou superior ao valor que é facturado aos terceiros pagadores com quem o hospital se relaciona.

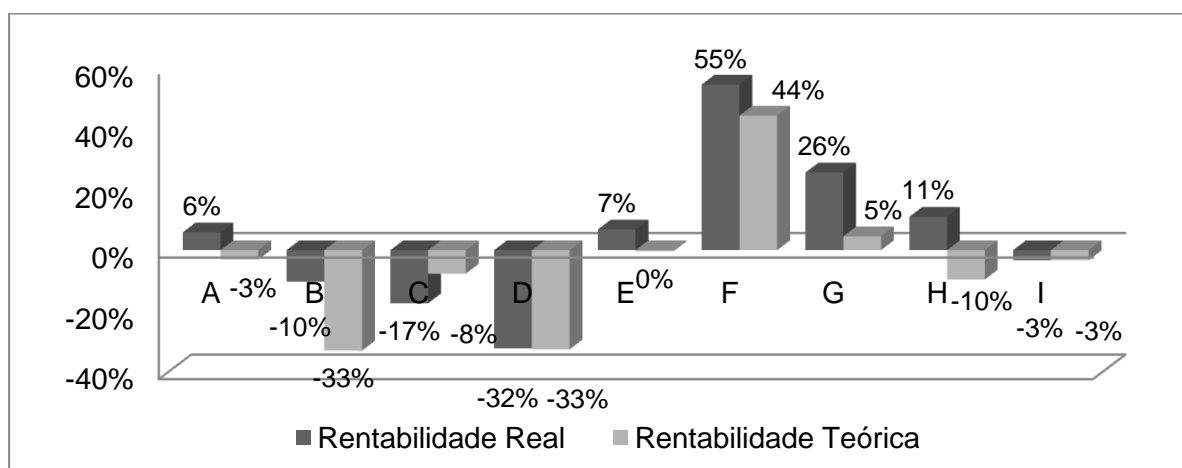
Quadro XXVI – Análise da rentabilidade média da PTCA em 2010 no Hospital dos Lusíadas

RENTABILIDADE MÉDIA DA PTCA EM 2010				
Valores	Proveitos €	Custos €	Resultados €	Rentabilidade
Valores Médios	9.612	9.630	-18	0%
Valores Médios (s/ complicações)	8.020	8.542	-522	-7%

De tal modo que existem terceiros pagadores não lucrativos (B,C,D,I) para o Hospital dos Lusíadas em 2010, face:

- Aos níveis actuais de produção;
- À estrutura de custos do departamento de cardiologia;
- Aos valores de facturação acordados com os terceiros pagadores.

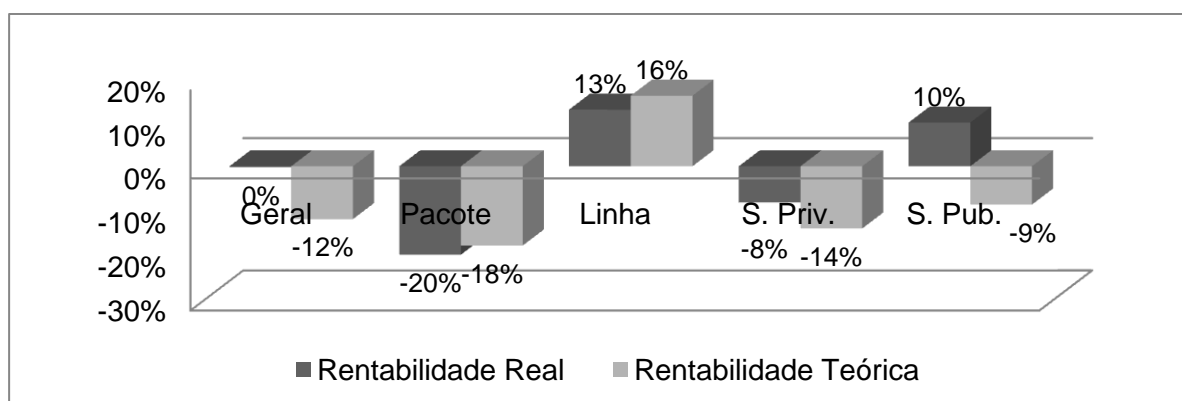
Figura 10 – Rentabilidade real vs rentabilidade teórica por terceiro pagador



Se compararmos os valores da rentabilidade teórica com a real (Figura 10), poderemos concluir que a rentabilidade real superou os valores que se obtêm para a rentabilidade teórica, para a maioria dos terceiros pagadores (excepção do pagador C), o que traduz:

- Na prática, incrementos de eficiência face aos custos médios da PTCA, para a maioria dos terceiros pagadores, excepto para o terceiro pagador C;
- Provavelmente que, os prestadores têm conhecimento das regras de facturação, e deste modo adaptam o procedimento e o episódio de internamento, para que se atinjam maiores graus de eficiência.

Figura 11 - Rentabilidade real vs rentabilidade teórica por metodologia e Subsistema de pagamento



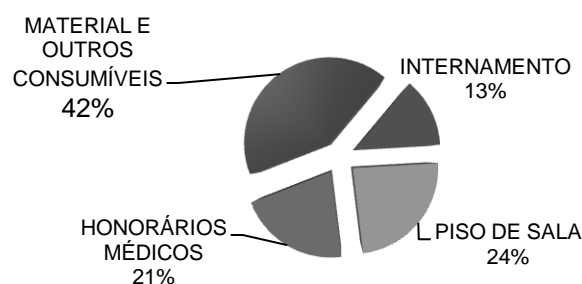
Por outro lado e apesar da maioria dos autores não legitimarem a teoria da transferência de custos entre pagadores públicos e privados (Ginsburg, 2003), tal evidencia-se plausível no Hospital dos Lusíadas, uma vez que se analisarmos o quadro anterior:

- A rentabilidade real dos pagadores pertencentes aos subsistemas públicos melhora face à sua rentabilidade teórica, de -9% para 10%, apresentando um sendo a variação mais suave por parte dos subsistemas privados.
- Note-se que esta variação nos subsistemas públicos é suficiente para provocar um aumento da rentabilidade total de -12% para 0%, quando se comparam rentabilidades teóricas e reais (Figura 11).

Curioso é ainda relatar, que ao contrário do que acontece nos Estados Unidos da América, em que os custos são transferidos dos subsistemas públicos (Medicare, Medicaid) para os subsistemas privados (Ginsburg, 2003, Dowless 2007), pela análise do quadro anterior prova-se que no Hospital dos Lusíadas, são os subsistemas públicos que suportam as baixas rentabilidades oriundas de terceiros pagadores de subsistemas privados.

Foi ainda analisada a rentabilidade real das diversas componentes que compõem o episódio de internamento da PTCA (figura 13), tendo sido fundamental calcular previamente o peso relativo de cada componente no custo médio da PTCA em 2010, uma vez que era necessário repartir o valor a pagar pelo “pacote” pelos proveitos das diversas componentes.

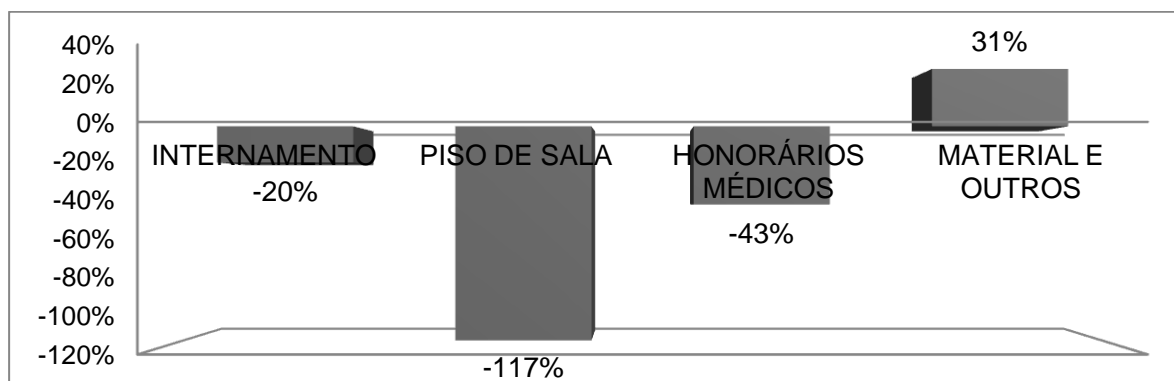
Figura 12 - Peso relativo de cada componente no custo médio da PTCA em 2010



Os valores que expressam o peso relativo de cada componente no custo médio da PTCA em 2010, foram calculados excluindo os episódios com complicações (27 e 29) podendo-se concluir que:

- A componente de Materiais e outros Consumíveis é aquela que apresenta o maior peso relativo (42%), seguido do Piso de Sala (24%) e dos Honorários Médicos (21%), que apresentam valores muito semelhantes, o que deixa uma percentagem de 13% para o peso do Internamento no total dos custos médios.

Figura 13 – Rentabilidade real de cada componente no custo médio da PTCA em 2010



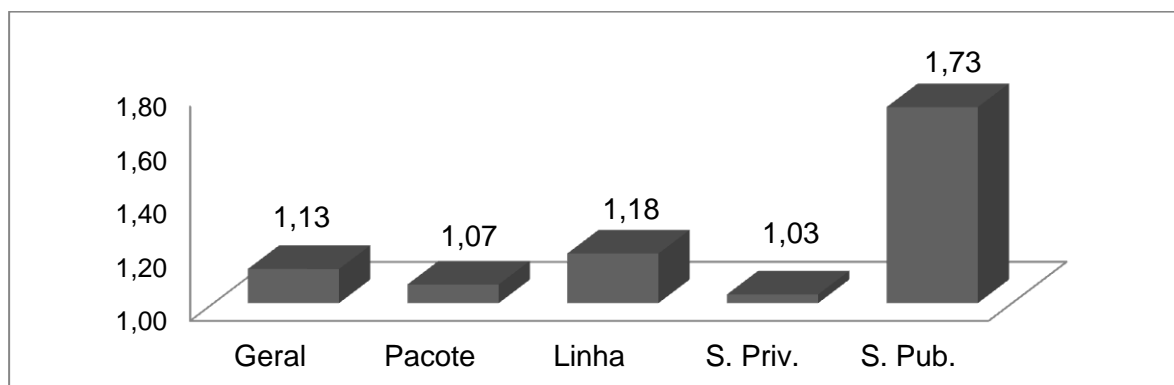
Deste modo, e suportando a análise no quadro anterior, salienta-se que apenas a componente Material e outros Consumíveis apresenta uma rentabilidade positiva no episódio de internamento da PTCA, apresentando-se a componente Piso de Sala como aquela que contribui mais negativamente (-117%) para a rentabilidade do episódio e sobre a qual irá incidir a análise de sensibilidade que se discute no capítulo seguinte.

No que respeita a hipótese se a PTCA é eficiente no HL, pode-se inferir da interpretação do Quadro XXVII (página 66) e da Figura 14, que esta depende da entidade pagadora e da metodologia de pagamento, afigurando-se:

- Eficiente em todos os terceiros pagadores, excepto no C (1,15) e no H (1,41);
- Mais eficiente nos subsistemas privados, do que nos subsistemas públicos;

- Mais eficiente perante o pagamento de um pacote que na facturação à linha;

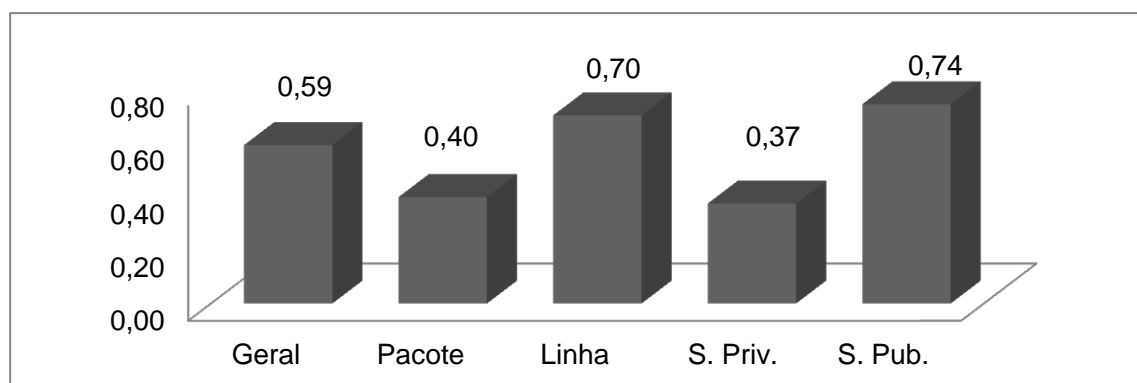
Figura 14 – Eficiência da PTCA por subsistema e metodologia de pagamento



Por último, questionava-se inicialmente se existe risco financeiro para o Hospital dos Lusíadas na produção dos episódios da PTCA, o que de acordo com o Quadro XXVII e a Figura 15, evidencia diferentes perfis de risco por terceiros de pagadores, nomeadamente:

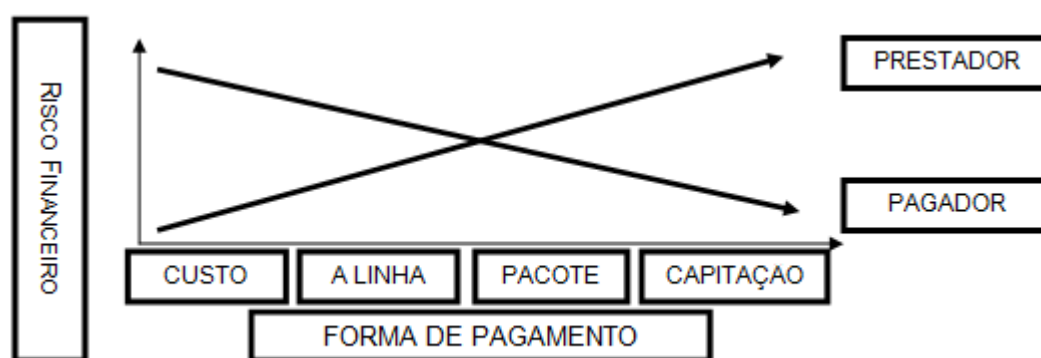
- O terceiro pagador C e H, apresentam um risco mais elevado quando comparado com o terceiro pagador B, D e E;
- O risco financeiro apresenta-se mais elevado nos terceiros pagadores, em que os doentes são facturados à Linha, quando comparados com o pagamento por pacote;
- A análise entre subsistemas, denota um risco mais elevado nos subsistemas públicos, apresentando valores especialmente relevantes no pagador H.

Figura 15 – Risco financeiro da PTCA por Subsistema e metodologia de pagamento



O que se constata encontra-se de acordo com o referido por Cleverley e Cameron, (2007), os quais expõem que a remuneração dos serviços hospitalares sob a forma de “pacotes” compreende uma alternativa de negociação de preços, com os terceiros pagadores, a qual envolve maiores riscos para os prestadores e exige pré-requisitos à sua aplicação. Assim, aquando da facturação do episódio com base num pacote, os prestadores obrigam-se a que os seus serviços sejam prestados com uma maior grau de eficiência.

Figura 16 – Risco financeiro por forma de pagamento



Fonte: Adaptado de J. C. Vertrees nas XII Jornadas de Administração Hospitalar, em Lisboa, Abril de 2003.

Com base na figura 16, ilustra-se a transferência do risco financeiro entre prestadores e pagadores, pretendendo-se realçar uma relação directa entre a forma de pagamento e o risco financeiro.

6.2.2 RENTABILIDADE, EFICIÊNCIA E RISCO FINANCEIRO DA PTCA NO HOSPITAL DOS LUSÍADAS

De modo a analisar as relações entre as três variáveis, irá proceder-se ao estudo da sua correlação estatística e recorrer aos dados contemplados no Quadro XXVII.

Quadro XXVII – Análise da rentabilidade real, eficiência e risco financeiro

TERCEIRO PAGADOR	CUSTOS MÉDIOS	RENTABILIDADE	EFICIÊNCIA	DESVIO PADRÃO	RISCO FINANCEIRO
Geral	9.630	0%	1,13	5.653	0,59
Pacote	9.138	-20%	1,07	3.624	0,40
Linha	10.122	13%	1,18	7.092	0,70
SubsPriv	8.818	-8%	1,03	3.285	0,37
SubsPub	14.793	10%	1,73	8.304	0,74
A	8.492	6%	0,99	0	-
B	8.042	-10%	0,94	2.387	0,30
C	9.800	-17%	1,15	4.610	0,47
D	8.875	-32%	1,04	2.095	0,24
E	8.549	7%	1,00	1.382	0,16
F	6.434	55%	0,75	0	-
G	6.271	26%	0,73	0	-
H	12.076	11%	1,41	8.732	0,72
I	6.318	-3%	0,74	891	0,14

Sendo a correlação estatística entre o valor da eficiência e rentabilidade de -0,3856, então a relação é negativa moderada entre as duas variáveis, atestando que a rentabilidade do procedimento diminui à medida que aumenta a sua eficiência.

Esta é uma relação perversa, que está directamente dependente da metodologia de pagamento, uma vez que os episódios facturados com base num “pacote” são geralmente mais eficientes do que comparados com os episódios facturados à linha. Mais ainda, quando a produção da PTCA no Hospital dos Lusíadas é financiada através de duas metodologias de pagamento com incentivos antagónicos.

- A provar estes argumentos, encontram-se os valores do Quadro XXVII, no qual a eficiência e a rentabilidade são de -20%; 1,07 e 13%; 1,19; para as metodologias de pagamento Pacote e Linha, respectivamente.
- Neste sentido, no modelo de financiamento tradicional de pagamento ao acto (*fee-for-service*), os prestadores de cuidados de saúde não enfrentam nenhuma repercussão por incorrer em custos excepcionais. Em contrapartida, com a aplicação de fórmulas de pagamento prospectivo, aqui ilustrado sob a forma de pacotes, tornou os hospitais responsáveis pelas despesas incutidas no tratamento dos seus doentes, forçando os prestadores a operar eficientemente (Taheri et al., 2001; Matos 2002; Barros, 2009; Cleverley e Cameron, 2007).

Por seu lado, quando se compara eficiência e risco financeiro, por terceiro pagador, de um modo geral, a eficiência diminui à medida que o risco aumenta, uma vez que o valor do coeficiente de correlação entre a eficiência e o risco financeiro é de 0,825, o que demonstra uma relação forte e positiva entre as duas variáveis⁹.

- Esta tendência advém do facto de o consumo de recursos estar directamente relacionado com as características dos doentes (Van de Ven e Ellis, 2000; Iezzoni, 2003; Costa et. al, 2008b);
- Ellis (1997), examina as variações da gravidade dos doentes que não são totalmente reflectidas no sistema de pagamento, argumentando que os doentes mais graves são mais consumidores de recursos que os doentes menos graves, presumindo-se que seja mais caro, logo menos eficiente o seu episódio de internamento;
- Ainda Costa e Lopes (2004), identificam a nível conceptual uma série de dimensões do risco do doente e, consequentemente, da gravidade do caso: idade, diagnóstico principal, co-morbilidades, estatuto funcional, atributos culturais, étnicos e sócio-económicos e atitudes e preferências dos consumidores, as quais por limitação metodológica não puderam ser testadas.

⁹ Note-se que à medida que aumenta o valor absoluto da eficiência, o seu valor relativo diminui e que no caso do risco financeiro, o aumento do seu valor absoluto se traduz num aumento do seu valor relativo. Dai que se faça esta interpretação do coeficiente de variação entre as duas variáveis.

Por último da análise da correlação estatística entre o valor da rentabilidade e risco financeiro, obtém-se o valor de -0,3945, o que traduz uma correlação negativa moderada entre as duas variáveis evidenciando que a rentabilidade do procedimento aumenta à medida que diminui o seu risco financeiro.

- Segundo Newhouse, (1984); Newhouse, (1996); Ellis, (1997), os prestadores de saúde poderão adoptar estratégias com o intuito de contrabalançar o sistema de incentivos ao qual estão sujeitos, em resultado da prestação de serviços de saúde, ser caracterizada pela incerteza e assimetria de informação entre as partes que acordam o tratamento.
- Neste sentido os hospitais privados, ao conhecerem o risco financeiro associado a carteira de clientes de um determinado terceiro pagador, poderão estimar a sua rentabilidade potencial e se este é financeiramente relevante para o portfolio de clientes do hospital;
- Face aos diferentes perfis do risco financeiro poderão adoptar uma de três estratégias: desnatar os doentes que admitem a internamento (*Creaming*); afastar-se de doentes de alto custo (*Skimping*), o que gera uma sub-prestação de serviços a este tipo de doentes; e recusar doentes (*Dumping*), o que implica a escusa explícita de pacientes de alto custo (Ellis, 1997);
- Levaggi et al. (2003) e Friesner e Rosenman (2009), relacionaram a selecção de doentes com as diversas formas de financiamento, tendo concluído que em função do sistema de financiamento, existe um potencial efeito perverso para a gestão da produção hospitalar, uma vez que os hospitais públicos e os hospitais privados têm interesse na existência de *Cream Skimming Vertical*, isto é, escolher prestar cuidados de saúde apenas para os doentes que se espere vir a ter um baixo consumo de recursos hospitalares e desta forma mais rentáveis para o Hospital;

Porém é importante reter que a correlação estatística entre a rentabilidade e o risco financeiro no Hospital dos Lusíadas se apresenta moderada, uma vez que o pagamento da PTCA apresenta um regime financiamento misto, isto é, parte 50% da produção foi facturada através de pacote e os restantes 50% através do pagamento do episódio.

Conclui-se que face ao sistema de incentivos vigente no Hospital dos Lusíadas, este apenas tem incentivo em desnatar doentes para metade da sua produção, nomeadamente para aqueles doentes facturados através de uma metodologia de pacote, uma vez que a gravidade e complexidade dos doentes facturados à linha não impactam negativamente a sua rentabilidade.

6.2.3 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE

A análise de sensibilidade foi efectuada, com objectivo de testar qual o impacto da variação do factor preço nos resultados do estudo, e qual seria a combinação óptima de factores, que permitiriam atingir uma rentabilidade alvo.

Para tal incrementou-se em 10% os preços médios cobrados aos terceiros pagadores, que tiveram um impacto de 7% na rentabilidade total, uma vez que esta apresenta um valor nulo para o ano de 2010.

- Todavia, este é um cenário pouco exequível na conjuntura actual, que se pauta por uma recessão económica e que segundo a revisão da literatura, apenas seria possível incrementar os preços perante uma concentração do mercado hospitalar (Melnick et. al. 1999, Dranove, et. al., 2002).

Deste modo, optou-se por fazer variar a produção da Hemodinâmica, primeiro com o intuito de atingir o *break even point* da sala e segundo com um objectivo de rentabilidade, que se estabeleceu com a administração do Hospital dos Lusíadas, na ordem dos 10%.

- Para o ano de 2010, a produção total da Sala de Hemodinâmica, foi estimada em 257 horas, o que equivale a que tenha estado em utilização uma hora por dia;
- Como relatado anteriormente, apurou-se o *break even point* da sala, nas 1286 horas anuais, o que equivale ao quádruplo da produção total em 2010 (Quadro XIV) e a uma produção diária de 5 horas e 8 minutos, se tomarmos como base 250 dias laboráveis e mantivermos o mesmo mix de produção.
- Segundo o que foi possível determinar através da técnica de análise de sensibilidade, se triplicarmos a produção a rentabilidade total da PTCA sobe de 0% para 13% em 2010 (Quadro XVIII), uma vez que o aumento da produção provoca a uma diluição dos custos fixos associados à componente de Piso de Sala.
- Por último deverá reter-se que, mesmo com o aumento da produção e um incremento da rentabilidade total do procedimento para os 10%, o terceiro pagador D continua a apresentar uma rentabilidade negativa.

Face ao que se ilustra anteriormente, seria interessante estudar a relevância do pagador D para o Hospital dos Lusíadas, isto é, se a produção oriunda deste pagador poderá ser substituída por doentes de outros planos de saúde e se os valores acordados com esta entidade podem de alguma forma ser melhorados.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com o presente trabalho, demonstrou-se cientificamente que os episódios de internamento resultantes de uma Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea no Hospital dos Lusíadas, apresentam uma rentabilidade negativa em 2010 e que a sua origem provinha da baixa produção da área de hemodinâmica.

Neste sentido, foi de todo enriquecedor tanto para a investigação como para o Hospital dos Lusíadas ver escrutinada as diferentes rentabilidades de cada um dos terceiros pagadores, assim como a respectiva eficiência e o seu risco financeiro.

No que respeita à rentabilidade real os terceiro pagadores, B, C, D e I apresentam valores negativos para o ano de 2010, enquanto os E, F, G e H, rentabilidades positivas, em muito resultantes da metodologia de pagamento, em que a facturação à linha (*fee-for-service*) se apresenta mais rentável para o HL.

Por seu lado, aquando da análise à eficiência conclui-se que os terceiros pagadores F, G e I se apresentam como os mais eficientes, podendo-se ainda ressaltar que o A, B, D e E, ilustram valores muito próximos da eficiência média, nos episódios analisados em 2010. Em contraponto, o C e H, evidenciam eficiências bastante reduzidas, o que denota uma má relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos.

Seguidamente realizou-se uma análise ao risco financeiro, na qual os terceiros pagadores B, D, E e I se apresentam como os de menor risco financeiro. Digno de ressalva, evidenciar o terceiro pagador E, que apesar de ser facturado à linha é um subsistema privado, o que lhe possibilita uma selecção mais criteriosa dos doentes que compõem a carteira de clientes, associando-lhe um menor risco financeiro.

Posteriormente foi ainda efectuada uma análise de sensibilidade com objectivo de testar qual o impacto da variação do factor preço nos resultados do estudo, e qual seria a combinação óptima de factores, que permitiria atingir a rentabilidade alvo de 10%, tendo-se concluído que seria necessário triplicar a produção total da Sala de Hemodinâmica.

Por último, identificou-se a reduzida produção hospitalar da área da hemodinâmica no Hospital dos Lusíadas, como o principal factor explicativo da baixa rentabilidade do procedimento em análise.

Recomenda-se que todos estes indicadores nomeadamente, a rentabilidade, a eficiência e risco financeiro, deverão ser analisados de uma forma sistemática, pela equipa de gestão do

Hospital dos Lusíadas. Uma vez que perante a actual conjuntura de contracção económica e de contenção de custos, a análise financeira de todos os serviços prestados deverá ser encarada como um imperativo de gestão, de forma a verificar a sua rentabilidade e relevância para o portfólio da unidade de saúde.

Neste sentido, um estudo periódico da eficiência por entidade prestadora e por terceiro pagador permitirá à unidade de saúde, segmentar a sua actividade, permitindo-lhe uma análise crítica ao conjunto de actividades que constitui o seu portfólio de serviços.

Por outro lado, a análise do perfil de risco financeiro associado aos doentes emanados pelos diferentes terceiros pagadores, permitirá à equipe comercial do Hospital dos Lusíadas negociar de uma forma sustentada na evidência, os preços a pagar por cada plano de saúde, segundo as características das suas carteiras de clientes.

Como principais recomendações o Hospital dos Lusíadas deverá implementar um sistema de classificação de doentes, decorrente da enorme diversidade de patologias que podem ser tratadas no hospital e do seu carácter multi-produto da sua produção.

A utilização de sistemas de classificação de doentes pressupõe a definição de critérios que permitam agregar os doentes tratados em cada hospital, permitindo ao corpo de gestão o conhecimento do que se produz tanto em termos quantitativos como qualitativos (Costa e Lopes, 2004).

O Hospital dos Lusíadas, deverá ainda automatizar e simplificar o processo de facturação aos diferentes terceiros pagadores, para que a aplicação dos pacotes seja automática através do sistema de facturação e em nada deva depender de um procedimento manual por parte do administrativo.

Desta forma, deve ser criado e parametrizado um algoritmo que permita reconhecer automaticamente a aplicação de um pacote com base na combinação do terceiro pagador, tipo de episódio, serviço executante e actos realizados, permitindo a isenção de actos e consumos no âmbito do pacote.

Ao parametrizar-se as regras de facturação de cada uma das entidades terceiras pagadoras no sistema e os indicadores de rentabilidade, eficiência e risco financeiro, é possível de uma forma automática, rever os indicadores anteriormente analisados, de modo a otimizar e melhorar a performance económica e financeira da unidade de saúde, e desta forma fazer cumprir as exigências emanadas por parte do accionista, num contexto socioeconómico tão adverso como aquele que se avizinha.

BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Financiamento e Contratualização. Lisboa: Ministério da Saude, 2010.

ANDERSON, G. F. - From 'Soak The Rich' To 'Soak The Poor': Recent Trends In Hospital Pricing. Health Affairs. 26:3 (May 2007) 780-789.

ANTMAN, E. M. *et. al.* - ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction, executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). Journal of the American College Cardiology 44:671 (April 2004).

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE HOSPITALIZAÇÃO PRIVADA - Notícias APHP [em linha] Lisboa: Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, 2010. [Consult. 21 Mar. 2011]. Disponível em http://www.aphp-pt.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=38&Itemid=65

BAIM, D.S. - Percutaneous balloon angioplasty and general coronary intervention, in Cardiac Catheterization, Angiography, and Intervention. 7th ed, D Baim (ed). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

BAKER, J. – Activity-based costing and activity based management for health care. New York: Aspen Publishers, 1998.

BARROS, P.P. Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. 2ª Edição. Coimbra: Almedina, 2009.

BARROS, P.P.; GOMES, J.P. - Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português; Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa; 2002.

BENTES, M., ET AL. — A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar. Revista Gestão Hospitalar. 11 : 33 (Dezembro 1996) 33-43.

BORGES, A.; RODRIGUES, A.; RODRIGUES, R. - Elementos de Contabilidade Geral. 14ª Edição. Lisboa: Rei dos Livros, 1995.

BORGES, C. M.; RAMALHO, R.; BAJANCA, M.; OLIVEIRA, T.; MAJOR, M. J.; DIZ, P.; RODRIGUES, V. – Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS. Revista Portuguesa de Saúde Pública. (Volume Temático 2010) 141-160.

CAMPOS, A. C. – Reformas da Saúde O Fio Condutor. Coimbra: Almedina, 2008

COSTA, C.; LOPES, S. - Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. (Volume Temático: 4, 2005) 35-50.

COSTA, C.; SANTANA, R.; LOPES, S.; BARRIGA, N. – A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. Revista Portuguesa de Saúde Pública, (Volume Temático 2008a) 131-147.

COSTA, C.; SANTANA, R.; BOTO, P. - Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. Revista Portuguesa de Saúde Pública. (Volume Temático 2008b) 67-102.

DBK - Saúde Privada em Portugal, (Abril de 2010).

DOWLESS, R.M. - The health care cost-shifting debate: could both sides be right? Journal of the Health Care Finance. (Fall 2007) 64-71.

DRANOVE, D.; LINDROOTH, R.; WHITE, W.D.; ZWANZIGER, J. - Is the impact of managed care on hospital prices decreasing? Journal of Health Economics. 27(2) (March 2008) 362-376.

DRANOVE, D.; SIMON, C.J.; WHITE, W.D.; - Is Managed Care Leading to Consolidation in Health-Care Markets? Health Services Research. 37(3) (November 2002) 573–94.

DRANOVE, D.; SATTERTHWAITE, M.; SINDELAR, J. - The effect of injecting price competition into the hospital market: the case of preferred provider organizations. Inquiry 23 (Winter 1986) 419–431.

DRANOVE, D.; SHANLEY, M.; WHITE, W. - Price and concentration in hospital markets: the switch from patient-driven to payer-driven competition. Journal of Law and Economics. 36:1 (April 1993) 179–204.

ECKMAN, MH, FALK RH, PAUKER SG. - Cost-effectiveness of therapies for patients with nonvalvular atrial fibrillation. Archives of Internal Medicine. 1158:15 (August 1998) 1669-1677.

ELLIS, R. - Creaming, skimping and dumping: provider competition on intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*. 17 (October 1997) 537-555

FRECH, H.E. - *Competition and Monopoly in Medical Care*. Washington, DC: AEI Press 1996.

FRIESNER, D. L.; ROSENMAN R. - Do hospitals practice cream skimming? *Health Services Management Research*. 22:1 (February 2009) 39–49

GINSBURG, P.B. "Can Hospitals and Physicians Shift the Effects of Cuts in Medicare Reimbursement to Private Payers?" *Health Affairs—Web Exclusive* (October 2003).

GREWAL, R.; REED, R.L. - Accurate charge captures and cost allocation: cost justification for bedside computing. *Annual Symposium on Computer Application on Medical Care*. (1993)112-116.

HEMENWAY, D.; SHERMAN, H.; MUDGE, G.H.; *et. al.*- Comparative costs versus symptomatic and employment benefits of medical and surgical treatment of stable angina pectoris. *Medical Care*. 23 (February 1985)133-41.

HLATKY, M.A.; ROGERS, W.J.; JOHNSTONE, I.; *et. al.*- Medical care costs and quality of life after randomization to coronary angioplasty or coronary bypass surgery: Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *New England Journal of Medicine*. 336 (July 1997) 92-99.

IEZZONI, L. I.; - *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. Third Edition. Chicago, Illinois: Health Administration Press ,2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Conta Satélite da Saúde 2000-2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Estatísticas da Saúde de 2005 [em linha]* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2006. [Consult. 10 Jan. 2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=129520&PUBLICACOESmodo=2

JANG, G.C.; BLOCK, P.C.; COPWLEY, M.J. - Relative cost of coronary angioplasty and bypass surgery in a one-vessel disease model. *American Journal of Cardiology*. 53 (June 1984) 52-55.

KEELER, E.B.; MELNICK, G.; ZWANZIGER, J. - The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of Health Economics*. 18 (January 1999) 69-86.

LEVAGGI, R.; MONTEFIORI, M. - Horizontal and vertical cream skimming in the health care market. Working Paper n.11. Università di Genova, DISEFIN – Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie, 2003.

LUFT, H.S., ROBINSON, J.C., GARNICK, D., - Competition among hospitals: the role of specialized clinical services. *Inquiry* 23, (1986) 83-94.

LYNK, W.J. - Nonprofit hospital mergers and the exercise of market power. *Journal of Law and Economics*. 38 (October 1995) 437–461.

MARK, D.B.; COWPER, P.A.; BERKOWITZ, S.D.; *et. al.* - Economic assessment of low-molecular-weight heparin (Enoxaparin) versus unfractionated heparin in acute coronary syndrome patients: results from the ESSENCE randomized trial. *Circulation* 97 (1998) 1702-1707.

MATOS, A. M.; - *Gestão de Custos Hospitalares, Técnicas, Análise e Tomada de Decisão*. 2ª Edição. São Paulo: STS, 2002.

MELNICK, G.; KEELER, E.; ZWANZIGER, J. - Market Power and Hospital Pricing: Are Nonprofits Different? *Health Affairs*. 16:3 (May 1999) 1167–1173.

MELNICK, G.; KEELER, E. - The effects of multi-hospital systems on hospital prices. *Journal of Health Economics*. 26:2 (March 2007) 400-413.

MELNICK, G.A.; ZWANZIGER, J.; BAMEZAI, A.; PATTISON, R. - The effect of market structure and bargaining position on hospital prices. *Journal of Health Economics*. 11 (October 1992) 217–233.

MORENO, R.; *et. al.* - Drug-eluting stent thrombosis: Results from a pooled analysis including 10 randomized studies. *Journal of the American College of Cardiology*. 45:6 (March 2005) 954-959.

NEWHOUSE, J. P. - CREAM SKIMMING, ASYMMETRIC INFORMATION, AND A COMPETITIVE INSURANCE MARKET. *JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS* 1984 APR;3(1):97-100.

NEWHOUSE, J. P. - Policy Watch, Medicare. *Journal of Economic Perspectives*. 10:3 (Summer 1996) 159-167.

OLIVEIRA, M. - “Evolução da oferta”, em 30 anos do serviço nacional de saúde, SIMÕES, J; Coimbra :Almedina, 2010, 271-296

PEREIRA, J. — Economia da Saúde um glossário de termos e conceitos. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2004.

REEDER, G.S.; BAILEY, K.R.; GERSH, B.J.; - Cost comparison of immediate angioplasty versus thrombolysis followed by conservative therapy for acute myocardial infarction: a randomized prospective trial. *Mayo Clinic Proceedings*. 69 (January 1994) 5-12.

RIBEIRO, J. M. - Saúde, A liberdade de escolher. Lisboa: Gradiva, 2009.

ROBINSON, J.C. - Decline in hospital utilization and cost inflation under managed care in California. *Journal of the American Medical Association* 276:13 (October 1996) 1060–1064

ROBINSON, J.C.; LUFT, H.S. - Competition, regulation, and hospital costs, 1982–1986. *Journal of the American Medical Association* 260:18 (1988) 2676–2681.

SANTANA R. - O Financiamento Hospitalar e a Definição dos preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (Volume Temático: 4, 2005) 93-108.

SANTANA R. - Contabilidade Analítica. Power Point das Aulas de Gestão Económico-Financeira, do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2009).

TAHERI, P. A.; BUTZ, D. A.; DECHERT, R.; GREENFIELD, L. J. - How DRGs hurt academic health systems. *Journal American College of Surgeons*; 193:1 (July 2001) 8-11.

TAIRA, D.A.; SETO, T.B.; SIEGRIST, R.; COSGROVE, R.; BEREZIN, R.; COHEN, D.J.; - Comparison of analytic approaches for the economic evaluation of new technologies alongside multicenter clinical trials. *American Heart Journal*. 145:3 (March 2003) 452-458.

URBANO, J.; BENTES, M. — Definição da produção do hospital: os grupos de diagnóstico homogéneos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 8: 1 (Janeiro/Março 1990) 49-60.

VAN DE VEN, W.; ELLIS, R.P. — Risk adjustment in competitive health plan markets. In CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. ed. lit. — *Handbook of health economics* Vol. 1A. Amsterdam: North-Holland, 2000.

WEINTRAUB, W.S.; MAULDIN, P.D.; BECKER, E.; *et. al.* - A comparison of the costs of and quality of life after coronary angioplasty or coronary surgery for multivessel coronary artery disease: results from the Emory Angioplasty versus Surgery Trial (EAST). American Journal of Cardiology. 86 (December 2000) 747-752.

ANEXOS

I. ANEXO – CARACTERIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PRESTADORES DE SAÚDE PRIVADOS

Quadro XXVIII – Caracterização dos principais grupos privados de prestações de saúde

	JOSÉ DE MELLO SAÚDE	HPP SAÚDE	ESPÍRITO SANTO SAÚDE	GRUPO GALILEI SAÚDE	CLISA
Hospitais	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalcuf infante santo, Lisboa - Hospitalcuf descobertas, Lisboa 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital da Boavista, Porto - Hospital da Misericórdia de Sangalhos - Hospital dos Lusíadas; Lisboa - Hospital de Santa Maria de Faro - Hospital São Gonçalo de Lagos 	<ul style="list-style-type: none"> - Clipóvoa - Hospital Privado, Póvoa de Varzim - Hospital da Arrábida, Vila Nova de Gaia - Cliria - Hospital Privado, Aveiro - Hospital da Luz, Lisboa - Hospital de Santiago, Setúbal 	<ul style="list-style-type: none"> -British Hospital Lisbon XXI, Lisboa 	<ul style="list-style-type: none"> - Clínica de Santo António, Reboleira - Clínica de Santo António, Sacavém
Unidades de ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> - Clínicacuf Alvalade - Clínicacuf Belém - Clínicacuf Cascais - Clínicacuf Torres Vedras 		<ul style="list-style-type: none"> - Clipóvoa - Clínica de Cerveira, V.N. de Cerveira - Clipóvoa - Clínica de Amarante - Clipóvoa - Clínica do Foco, Porto - Cliria - Centro Médico, Águeda - Cliria - Clínica de Oia - Hospital da Luz - Centro Clínico da Amadora - Clínica Parque dos Poetas, Oeiras 	<ul style="list-style-type: none"> - Clínica Microcular, Lisboa - Clínica Cedima, Caldas da Rainha 	
Parcerias Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo Hospitalar Quirón, Espanha 		<ul style="list-style-type: none"> -Hospital da Misericórdia, Évora 		
Hospitais em PPP	<ul style="list-style-type: none"> -Hospital de Braga 	<ul style="list-style-type: none"> -Hospital de Cascais 	<ul style="list-style-type: none"> -Hospital de Loures 		
Site Institucional	www.josedemellosaude.pt	www.essaude.pt	www.hppsaude.pt	www.gpsaude.pt	www.clisa.pt

Fonte: Construção própria com base nas informações recolhidas dos sites institucionais dos grupos de saúde. Sites acedidos

12-06-2011

II. ANEXO – MCDTS REALIZADOS PELA CARDIOLOGIA DO HL

Quadro XXIX – MCDTs prestados pelo departamento de cardiologia no Hospital dos Lusíadas

MCDTS PRESTADOS PELO DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DOS LUSÍADAS	
ANGIOGRAFIA	Exame que utiliza radiação ionizante (Raios X) e que tem por finalidade estudar e tratar artérias ou veias dos órgãos internos e extremidades, permitindo detectar várias alterações, nomeadamente apertos ou dilatações das mesmas.
CATETERISMO	É um exame invasivo, em que é possível visualizar as artérias, através de um cateter.
ECG COM PROVA DE ESFORÇO	Um ECG com prova de esforço consiste em registar o ECG de um indivíduo no decurso de um esforço padronizado, sob a vigilância de um cardiologista e técnico.
ECOCARDIOGRAFIA	A ecocardiografia abrange os métodos de diagnóstico da estrutura e do funcionamento do coração baseados no recurso ao ultra-som, ou seja, as ondas acústicas com frequência de mais de 20 mil Hz (ciclos por segundo), geralmente em torno de 2 a 4 MegaHz.
ECOCARDIOGRAMA DE STRESS (STRESS ECO)	Os problemas do coração que envolvem as artérias coronárias (angina de peito, enfarte do miocárdio) podem só ser diagnosticáveis se os exames forem realizados com esforço.
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO (ETE)	Neste exame uma sonda longa, idêntica às sondas para realização de exames ao estômago (endoscópio), contendo na extremidade um transdutor de ultra-sons, é guiada através da boca e orofaringe até ao esófago.
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (ETT)	É obtido com uma sonda colocada sobre o tórax, sendo os ultra-sons enviados pelo transdutor, reflectidos pelo coração e convertidos em imagens em movimento num monitor.
ESTUDO ELECTROFISIOLÓGICO	Ao contrário dos exames descritos anteriormente, este é um exame considerado invasivo, porque envolve a introdução de cateteres. Apesar de tudo é um exame que se faz com o doente acordado, com ligeira sedação e não é doloroso nem particularmente difícil. Estes electrocateteres (cateteres muito finos que têm eléctrodos para registo da actividade eléctrica) são introduzidos por uma veia que é puncionada geralmente na virilha e seguem o trajecto venoso até ao coração. Uma vez colocados nos locais apropriados, os médicos electrofisiologistas podem utilizar esse electrocateteres para estimular o coração e para registar a propagação dos impulsos eléctricos durante as arritmias. Deste modo pode-se não só desencadear como perceber a origem e os mecanismos das arritmias.
HOLTER	Exame que permite o registo contínuo do ritmo e da frequência cardíaca, como ocorre num electrocardiograma, durante o período de 24 horas, em ambulatório.
IMPLANTAÇÃO DE PACE-MAKERS	Dispositivo implantável que permite corrigir batimentos cardíacos lentos (bradicardia) ou mesmo pausas eléctricas em que o coração pára de contrair. Deste partem eléctrodos, fios que atravessam os vasos sanguíneos e se fixam no interior do coração. O pacemaker detecta os ritmos anormais e envia estímulos eléctricos que vão acelerar o coração. Este pequeno aparelho é colocado por baixo da pele, junto à clavícula, através de uma cirurgia minimamente invasiva que permite que tenha alta, um a dois dias depois.
PROVA DE ESFORÇO	Nesta prova monitoriza-se a actividade do coração num doente sujeito a esforço físico, o que permite detectar certas arritmias que são desencadeadas ou agravadas pelo exercício.
REGISTADOR DE EVENTOS	Utilizado por doentes que têm arritmias muito pouco frequentes. Estes podem ser portadores de um aparelho que podem accionar apenas quando tiverem sintomas. O aparelho registará na sua memória a alteração do ritmo eventualmente responsável pelas queixas.
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA	A Ressonância Magnética (RM) cardíaca utiliza um campo magnético forte, ondas de radiofrequência e computadores poderosos para gerar imagens detalhadas do interior do corpo. As imagens assim produzidas fornecem-nos informação sobre a anatomia do coração e grandes vasos, sobre a sua capacidade de bombear o sangue e sobre eventuais lesões que o coração possa ter sofrido. É particularmente útil em doentes que já tiveram enfarte, na caracterização das doenças do músculo cardíaco e nas cardiopatias congénitas.
TAC CARDÍACA	A tomografia computadorizada (TC ou TAC) cardíaca permite uma visualização detalhada do coração e suas artérias, de uma forma não-invasiva. Existem 2 tipos de TC cardíaca: Score de cálcio coronário e Angio-TC coronária.
TILT TEST	Teste utilizado para diagnosticar a causa de desmaios. Regista as variações da frequência cardíaca e da pressão arterial enquanto o doente inicialmente deitado numa mesa de teste é sujeito a uma inclinação da mesa próxima da vertical (70 graus). Consegue-se reproduzir o desmaio em doentes com episódios sincopais de origem reflexa e na chamada síncope vaso-vagal.

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida no Website institucional do Hospital dos Lusíadas

III. ANEXO - RESUMO DA ANÁLISE DE CUSTOS E PROVEITOS DA PTCA DE 2010

Quadro XXX – Quadro resumo da análise de custos e proveitos da PTCA de 2010

	INTERNAMENTO				PISO DE SALA			HONORÁRIOS MÉDICOS			MATERIAL E OUTROS CONSUMÍVEIS			TOTAIS			
EPIS ÓDIO	PACOTE	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADO	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADO	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADO	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADO	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADO	RENTABI LIDADE
1	0	575,00	855,40	-280,40	619,00	1266,33	-647,33	4266,30	4266,50	-0,20	3560,78	2104,00	1456,78	9021,08	8492,22	528,86	6%
2	2693,5	2330,00	2339,98	-9,98	0,00	2822,10	-2822,10	0,00	1529,50	-1529,50	5637,10	4785,62	851,48	10660,60	11477,21	-816,61	-8%
3	2693,5	1430,00	2115,68	-685,68	0,00	1302,51	-1302,51	0,00	1529,50	-1529,50	4229,70	4119,97	109,73	8353,20	9067,66	-714,46	-9%
4	2693,5	460,00	855,40	-395,40	0,00	1157,79	-1157,79	0,00	1529,50	-1529,50	1638,00	2296,49	-658,49	4791,50	5839,17	-1047,67	-22%
5	2693,5	460,00	855,40	-395,40	0,00	1085,42	-1085,42	0,00	1529,50	-1529,50	1883,40	2315,17	-431,77	5036,90	5785,49	-748,59	-15%
6	5537,5	1270,00	1395,25	-125,25	0,00	1447,23	-1447,23	0,00	2048,44	-2048,44	1653,60	2072,60	-419,00	8461,10	6963,52	1497,58	18%
7	5537,5	1460,00	1980,72	-520,72	0,00	904,52	-904,52	0,00	2048,44	-2048,44	828,92	2576,57	-1747,65	7826,42	7510,25	316,17	4%
8	5537,5	290,00	427,70	-137,70	0,00	1266,33	-1266,33	0,00	2048,44	-2048,44	1512,00	2482,80	-970,80	7339,50	6225,27	1114,23	15%
9	5537,5	1640,00	2115,68	-475,68	0,00	904,52	-904,52	0,00	2048,44	-2048,44	1512,00	3159,80	-1647,80	8689,50	8228,44	461,06	5%
10	5537,5	550,00	855,40	-305,40	0,00	3618,08	-3618,08	0,00	2048,44	-2048,44	2887,50	5745,34	-2857,84	8975,00	12267,25	-3292,25	-37%
11	5537,5	180,00	855,40	-675,40	131,25	1085,42	-954,17	0,00	2048,44	-2048,44	1501,50	2197,11	-695,61	7350,25	6186,37	1163,88	16%
12	5537,5	290,00	427,70	-137,70	0,00	1447,23	-1447,23	0,00	2048,44	-2048,44	1501,50	2708,61	-1207,11	7329,00	6631,98	697,02	10%
13	5537,5	550,00	855,40	-305,40	0,00	3871,35	-3871,35	0,00	2048,44	-2048,44	3003,00	6625,95	-3622,95	9090,50	13401,13	-4310,63	-47%
14	5537,5	1100,00	2115,68	-1015,68	0,00	9443,19	-9443,19	0,00	2048,44	-2048,44	3370,80	7174,51	-3803,71	10008,30	20781,82	-10773,52	-108%
15	4500	0,00	855,40	-855,40	0,00	3075,37	-3075,37	0,00	1911,88	-1911,88	4234,50	4765,32	-530,82	8734,50	10607,96	-1873,46	-21%
16	4500	0,00	855,40	-855,40	0,00	1664,32	-1664,32	0,00	1911,88	-1911,88	1501,50	3043,99	-1542,49	6001,50	7475,58	-1474,08	-25%
17	4500	0,00	1845,75	-1845,75	0,00	1302,51	-1302,51	0,00	1911,88	-1911,88	1501,50	3905,00	-2403,50	6001,50	8965,14	-2963,64	-49%
18	4500	0,00	855,40	-855,40	0,00	4088,43	-4088,43	0,00	1911,88	-1911,88	3003,00	5629,47	-2626,47	7503,00	12485,17	-4982,17	-66%

A Função Receita do Hospital Privado: Caso prático da realização de uma PTCA no Hospital dos Lusíadas

19	4500	0,00	855,40	-855,40	0,00	1085,42	-1085,42	0,00	1911,88	-1911,88	1501,50	2697,53	-1196,03	6001,50	6550,22	-548,72	-9%
20	4500	450,00	855,40	-405,40	0,00	1302,51	-1302,51	0,00	1911,88	-1911,88	1501,50	3096,77	-1595,27	6451,50	7166,54	-715,04	-11%
21	0	1130,00	1710,79	-580,79	725,00	1989,94	-1264,94	1880,50	1911,88	-31,38	5509,82	4273,54	1236,28	9245,32	9886,15	-640,83	-7%
22	0	565,00	855,40	-290,40	725,00	2351,75	-1626,75	1880,50	1911,88	-31,38	6020,14	3994,71	2025,43	9190,64	9113,74	76,90	1%
23	12504,02	0,00	855,40	-855,40	0,00	1628,14	-1628,14	0,00	1340,00	-1340,00	1638,00	2610,19	-972,19	14142,02	6433,72	7708,30	55%
24	0	565,00	855,40	-290,40	895,00	1266,33	-371,33	2639,00	1911,88	727,13	4993,18	2612,81	2380,37	9092,18	6646,41	2445,77	27%
25	0	78,00	427,70	-349,70	1750,00	1085,42	664,58	2300,00	2185,00	115,00	4373,10	2572,58	1800,51	8501,10	6270,71	2230,39	26%
26	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	1447,23	-879,84	991,67	1340,00	-348,33	6232,37	4155,45	2076,93	8366,43	7798,07	568,36	7%
27_1	0	1150,00	1710,79	-560,79	567,39	2894,46	-2327,07	991,67	1340,00	-348,33	7265,08	5531,51	1733,57	9974,14	11476,77	-1502,63	0%
27_2	0	4875,00	6527,62	-1652,62	567,39	1483,41	-916,02	991,67	1340,00	-348,33	15229,64	8251,32	6978,32	21663,70	17602,35	4061,35	0%
28	0	1787,50	2115,68	-328,18	567,39	1628,14	-1060,75	991,67	1340,00	-348,33	7400,36	4140,59	3259,76	10746,92	9224,41	1522,51	14%
29	0	10245,00	15081,57	-4836,57	567,39	2713,56	-2146,17	991,67	1340,00	-348,33	41125,37	18736,92	22388,45	52929,43	37872,05	15057,38	28%
30	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	3256,27	-2688,88	991,67	1340,00	-348,33	4565,53	3643,58	921,95	6699,59	9095,24	-2395,65	-36%
31	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	3256,27	-2688,88	991,67	1340,00	-348,33	8782,02	5603,47	3178,55	10916,08	11055,14	-139,06	-1%
32	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	1628,14	-1060,75	991,67	1340,00	-348,33	2803,16	2107,08	696,08	4937,22	5930,61	-993,39	-20%
33	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	1628,14	-1060,75	991,67	1340,00	-348,33	3280,05	2540,94	739,11	5414,11	6364,47	-950,36	-18%
34	0	787,50	990,36	-202,86	567,39	1411,05	-843,66	991,67	1340,00	-348,33	5295,34	2771,57	2523,77	7641,90	6512,98	1128,92	15%
35	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	2170,85	-1603,46	991,67	1340,00	-348,33	7764,09	5532,63	2231,46	9898,15	9898,87	-0,72	0%
36	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	1085,42	-518,03	991,67	1340,00	-348,33	3805,30	2145,79	1659,51	5939,36	5426,61	512,75	9%
37	0	575,00	855,40	-280,40	567,39	1628,14	-1060,75	991,67	1340,00	-348,33	4197,34	3385,58	811,76	6331,40	7209,12	-877,72	-14%
TOTAIS		38.818	62.147	-60%	12.221	78.693	-544%	25.858	66.972	-159%	188.243	158.113	16%	365.256	365.926	-669,76	0%

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

IV. ANEXO - CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE INTERNAMENTO

Quadro XXXI – Demonstração de resultados do centro de resultados do internamento

INTERNAMENTO	
RENDIMENTOS E GASTOS	DEZ..2010
Vendas e Serviços Prestados	5.049.912
Subsídios à Exploração	0
Ganhos/Perdas imputadas	0
Variação nos inventários da produção	0
Trabalhos para a própria entidade	0
Custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas	-918.748
% S/ P. Serviços	18,19%
MARGEM BRUTA	4.131.163
Fornecimentos e serviços externos	-2.670.992
% S/ P. Serviços	52,89%
Subcontratos e Honorários	-1.244.463
% S/ P. Serviços	24,64%
Trabalhos Especializados	-429.017
Publicidade e Propaganda	0
Vigilância e segurança	0
Conservação e Reparação	-7.563
Materias (F.U.D.R)	-17.561
Energia e Fluídos	-64.014
Deslocações e Estadas	-140
Serviços Diversos	-908.233
Rendas e Alugueres	-796.406
Comunicação	-31.754
Seguros	0
Limpeza, Higiene e Conforto	-79.655
Outros Serviços	-418
Gastos com pessoal	-1.913.557
% S/ P. Serviços	37,89%
Imparidade de inventários (perdas/reversões)	0
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	0
Provisões (aumentos/reduções)	0
Imparidade de investimentos não depreciables/amortizáveis (perdas/reversões)	0
Aumentos/reduções de justo valor	0
Outros rendimentos e ganhos	628
Outros gastos e perdas	-24.022
RESULTADO ANTES DE DEPRECIAÇÕES, GASTOS DE FINANCIAMENTO E IMPOSTOS	-476.780
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	-254.205
Imparidade de investimentos depreciables/amortizáveis (perdas/reversões)	0

RESULTADO OPERACIONAL (ANTES DE GASTOS DE FINANCIAMENTO E IMPOSTOS)		-730.985
Juros e rendimentos similares obtidos		0
Juros e gastos similares suportados		-5.999
RESULTADO ANTES DE IMPOSTOS		-736.983

Fonte: Contabilidade Interna do Hospital dos Lusíadas

Quadro XXXII – Cálculo do custo real do internamento

CÁLCULO DO CUSTO REAL - INTERNAMENTO			
DIÁRIAS (DIAS)	PROVEITOS/CUSTOS	TOTAIS (€)	UNITÁRIOS (€)
36075	Proveitos	5.049.912	140
36075	Custos	4.868.775	135

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

Quadro XXXIII – Demonstração de resultados do centro de resultados UCI

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	
RENDIMENTOS E GASTOS	DEZ..2010
Vendas e Serviços Prestados	1.146.976
Subsídios à Exploração	0
Ganhos/Perdas imputadas	0
Variação nos inventários da produção	0
Trabalhos para a própria entidade	0
Custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas	-438.940
% S/ P. Serviços	38,27%
MARGEM BRUTA	708.036
Fornecimentos e serviços externos	-699.979
% S/ P. Serviços	61,03%
Subcontratos e Honorários	-502.614
% S/ P. Serviços	43,82%
Trabalhos Especializados	-10.329
Publicidade e Propaganda	0
Vigilância e segurança	0
Conservação e Reparação	-6.395
Materias (F.U.D.R)	57
Energia e Fluídos	-25.730
Deslocações e Estadas	0
Serviços Diversos	-154.968
Rendas e Alugueres	-136.739
Comunicação	-4.185
Seguros	0
Limpeza, Higiene e Conforto	-14.045
Outros Serviços	0

Gastos com pessoal	-460.964
% S/ P. Serviços	40,19%
Imparidade de inventários (perdas/reversões)	0
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	0
Provisões (aumentos/reduções)	0
Imparidade de investimentos não depreciables/amortizáveis (perdas/reversões)	0
Aumentos/reduções de justo valor	0
Outros rendimentos e ganhos	128
Outros gastos e perdas	-4.028
RESULTADO ANTES DE DEPRECIAÇÕES, GASTOS DE FINANCIAMENTO E IMPOSTOS	-456.806
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	-298.655
Imparidade de investimentos depreciables/amortizáveis (perdas/reversões)	0
RESULTADO OPERACIONAL (ANTES DE GASTOS DE FINANCIAMENTO E IMPOSTOS)	-755.461
Juros e rendimentos similares obtidos	0
Juros e gastos similares suportados	-17.064
RESULTADO ANTES DE IMPOSTOS	-772.525

Fonte: Contabilidade Interna do Hospital dos Lusíadas

Quadro XXXIV – Cálculo do custo real da UCI

CÁLCULO DO CUSTO REAL - UCI			
DIÁRIAS (DIAS)	PROVEITOS/CUSTOS	TOTAIS (€)	UNITÁRIOS (€)
1731	Proveitos	1.146.976	663
1731	Custos	1.480.689	855

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

Quadro XXXV – Valores facturados por tipo de diárias

VALORES FACTURADOS (€) POR TIPO DE DIÁRIAS				
PAGADOR	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS	QUARTO DUPLO	QUARTO PARTICULAR	UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
A	NA	200	250	575
B	240	170	195	460
C	290	165	180	550
D	270	150	185	450
E	290	165	195	565
F	NA	200	250	575
G	0	0	0	0
H	240	170	212,5	575
I	NA	170	212,5	575

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida no departamento comercial do Hospital dos Lusíadas

Quadro XXXVI – Quadro de custos e proveitos da componente de internamento

EPISÓDIO	PAG	PROVEITOS				CUSTOS							PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADO
		DIAS INTER (UCI)	DIAS INTER (UCIM)	DIAS INTER (QRT)D	DIAS INTER (QRT)P	VALOR UCI	VALOR UCIM	VALOR (QRT)P	VALOR (QRT)D	VALOR UCI	VALOR UCIM	VALOR (QRT)			
1	A	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
2	B	1	0	11	0	460,00	0,00	0,00	1870,00	855,40	0,00	-121,00	2330,00	2339,98	-9,98
3	B	2	0	3	0	920,00	0,00	0,00	510,00	1710,79	0,00	-33,00	1430,00	2115,68	-685,68
4	B	1	0	0	0	460,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	460,00	855,40	-395,40
5	B	1	0	0	0	460,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	460,00	855,40	-395,40
6	C	1	0	0	4	550,00	0,00	720,00	0,00	855,40	0,00	-44,00	1270,00	1395,25	-125,25
7	C	2	0	0	2	1100,00	0,00	360,00	0,00	1710,79	0,00	-22,00	1460,00	1980,72	-520,72
8	C	0	1	0	0	0,00	290,00	0,00	0,00	0,00	427,70	0,00	290,00	427,70	-137,70
9	C	2	0	0	3	1100,00	0,00	540,00	0,00	1710,79	0,00	-33,00	1640,00	2115,68	-475,68
10	C	1	0	0	0	550,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	550,00	855,40	-305,40
11	C	1	0	0	1	0,00	0,00	180,00	0,00	855,40	0,00	0,00	180,00	855,40	-675,40
12	C	0	1	0	0	0,00	290,00	0,00	0,00	0,00	427,70	0,00	290,00	427,70	-137,70
13	C	1	0	0	0	550,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	550,00	855,40	-305,40
14	C	2	0	3	0	1100,00	0,00	0,00	0,00	1710,79	0,00	-33,00	1100,00	2115,68	-1015,68
15	D	1	0	0	0	450,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	450,00	855,40	-405,40
16	D	1	0	0	0	450,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	450,00	855,40	-405,40
17	D	2	0	1	0	900,00	0,00	0,00	150,00	1710,79	0,00	-11,00	1050,00	1845,75	-795,75
18	D	1	0	0	0	450,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	450,00	855,40	-405,40
19	D	1	0	0	0	450,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	450,00	855,40	-405,40
20	D	1	0	0	0	450,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	450,00	855,40	-405,40
21	E	2	0	0	0	1130,00	0,00	0,00	0,00	1710,79	0,00	0,00	1130,00	1710,79	-580,79
22	E	1	0	0	0	565,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	565,00	855,40	-290,40
23	F	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
24	E	1	0	0	0	565,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	565,00	855,40	-290,40
25	G	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	427,70	0,00	0,00	427,70	-427,70
26	H	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
27_1	H	2	0	0	0	1150,00	0,00	0,00	0,00	1710,79	0,00	0,00	1150,00	1710,79	-560,79
27_2	H	7	0	0	4	4025,00	0,00	850,00	0,00	5987,77	0,00	-44,00	4875,00	6527,62	-1652,62
28	H	2	0	0	3	1150,00	0,00	637,50	0,00	1710,79	0,00	-33,00	1787,50	2115,68	-328,18
29	H	13	8	0	4	7475,00	1920,00	850,00	0,00	11120,14	3421,58	-44,00	10245,00	15081,57	-4836,57
30	H	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
31	H	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
32	H	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
33	H	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
34	H	1	0	0	1	575,00	0,00	212,50	0,00	855,40	0,00	-11,00	787,50	990,36	-202,86
35	H	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
36	I	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40
37	I	1	0	0	0	575,00	0,00	0,00	0,00	855,40	0,00	0,00	575,00	855,40	-280,40

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e no planeamento e controlo de gestão do Hospital dos Lusíadas

V. ANEXO - CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE DO PISO DE SALA

Quadro XXXVII – Tabela de produção da sala de hemodinâmica

PROCEDIMENTOS SALA DE HEMODINAMICA		
	2009	2010
Nº de Procedimentos	127	221
Duração Média	01:36	01:10
Duração Total	204:10	257:25
PTCA		
	2009	2010
Nº de Procedimentos	33	38
Duração Média PTCA	01:18	00:57
Duração Total PTCA	43:03	36:15

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida no ficheiro da enfermagem do departamento de cardiologia do Hospital dos Lusíadas

Quadro XXXVIII – Tabela de imputação de gastos da sala de hemodinâmica

RUBRICA	VALOR	% do Total
Amortizações do exercício	112.414	20%
Despesas Administrativas	2.890	1%
Electricidade	1.858	0%
Gás	324	0%
Resíduos	522	0%
Rendas	272.927	49%
Comunicação	862	0%
Água	61	0%
Limpeza, Higiene e Conforto	23.271	4%
Lavandaria	1.817	0%
Gastos com o Pessoal	142.044	25%
Total de Gastos hemodinâmica		558.994
Valor Hora do Piso de Sala		2.171

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e ficheiro da enfermagem do departamento de cardiologia do Hospital dos Lusíadas

Quadro XXXIX – Quadro de custos e proveitos da componente piso de sala

Episódio	Pagador	Duração (00:00)	Duração (0,00)	PROVEITOS		CUSTOS		PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADOS
				SEDAÇÃO	SALA	SEDAÇÃO	SALA			
1	A	00:35	0,58	175,00	444,00	0	1.266,33	619,00	1266,33	-647,33
2	B	01:18	1,30	0,00	0,00	0	2.822,10	0,00	2822,10	-2822,10
3	B	00:36	0,60	0,00	0,00	0	1.302,51	0,00	1302,51	-1302,51
4	B	00:32	0,53	0,00	0,00	0	1.157,79	0,00	1157,79	-1157,79
5	B	00:30	0,50	0,00	0,00	0	1.085,42	0,00	1085,42	-1085,42
6	C	00:40	0,67	0,00	0,00	0	1.447,23	0,00	1447,23	-1447,23
7	C	00:25	0,42	0,00	0,00	0	904,52	0,00	904,52	-904,52
8	C	00:35	0,58	0,00	0,00	0	1.266,33	0,00	1266,33	-1266,33
9	C	00:25	0,42	0,00	0,00	0	904,52	0,00	904,52	-904,52
10	C	01:40	1,67	0,00	0,00	0	3.618,08	0,00	3618,08	-3618,08
11	C	00:30	0,50	131,25	0,00	0	1.085,42	131,25	1085,42	-954,17
12	C	00:40	0,67	0,00	0,00	0	1.447,23	0,00	1447,23	-1447,23
13	C	01:47	1,78	0,00	0,00	0	3.871,35	0,00	3871,35	-3871,35
14	C	04:21	4,35	0,00	0,00	0	9.443,19	0,00	9443,19	-9443,19
15	D	01:25	1,42	0,00	0,00	0	3.075,37	0,00	3075,37	-3075,37
16	D	00:46	0,77	0,00	0,00	0	1.664,32	0,00	1664,32	-1664,32
17	D	00:36	0,60	0,00	0,00	0	1.302,51	0,00	1302,51	-1302,51
18	D	01:53	1,88	0,00	0,00	0	4.088,43	0,00	4088,43	-4088,43
19	D	00:30	0,50	0,00	0,00	0	1.085,42	0,00	1085,42	-1085,42
20	D	00:36	0,60	0,00	0,00	0	1.302,51	0,00	1302,51	-1302,51
21	E	00:55	0,92	75,00	650,00	0	1.989,94	725,00	1989,94	-1264,94
22	E	01:05	1,08	75,00	650,00	0	2.351,75	725,00	2351,75	-1626,75
23	F	00:45	0,75	0,00	0,00	0	1.628,14	0,00	1628,14	-1628,14
24	E	00:35	0,58	75,00	820,00	0	1.266,33	895,00	1266,33	-371,33
25	G	00:30	0,50	700,00	1050,00	0	1.085,42	1750,00	1085,42	664,58
26	H	00:40	0,67	218,23	349,16	0	1.447,23	567,39	1447,23	-879,84
27_1	H	01:20	1,33	218,23	349,16	0	2.894,46	567,39	2894,46	-2327,07
27_2	H	00:41	0,68	218,23	349,16	0	1.483,41	567,39	1483,41	-916,02
28	H	00:45	0,75	218,23	349,16	0	1.628,14	567,39	1628,14	-1060,75
29	H	01:15	1,25	218,23	349,16	0	2.713,56	567,39	2713,56	-2146,17
30	H	01:30	1,50	218,23	349,16	0	3.256,27	567,39	3256,27	-2688,88
31	H	01:30	1,50	218,23	349,16	0	3.256,27	567,39	3256,27	-2688,88
32	H	00:45	0,75	218,23	349,16	0	1.628,14	567,39	1628,14	-1060,75
33	H	00:45	0,75	218,23	349,16	0	1.628,14	567,39	1628,14	-1060,75
34	H	00:39	0,65	218,23	349,16	0	1.411,05	567,39	1411,05	-843,66
35	H	01:00	1,00	218,23	349,16	0	2.170,85	567,39	2170,85	-1603,46
36	I	00:30	0,50	218,23	349,16	0	1.085,42	567,39	1085,42	-518,03
37	I	00:45	0,75	218,23	349,16	0	1.628,14	567,39	1628,14	-1060,75

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida na contabilidade e ficheiro da enfermagem do departamento de cardiologia do Hospital dos Lusíadas

Quadro XL – Mapa de amortizações da sala de hemodinâmica

DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO	QT	LEASING N.º	NOTA DE ENCOMENDA	N.º LANÇAMENTO	CR	DATA AQUIS.	MÊS INÍCIO UTILI.	ANO INÍCIO UTILI.	VALOR DO EQUIPAMENTO	TAXA AMORT.	AMORTIZAÇÃO DO PERÍODO	AMORTIZAÇÃO ACUMULADA
Máquina de Lavar e desinfetar/Tornado	1	331193	07/NEHLX-034	2/2007080043	LUE23	2007	6	2008	5.054,12	33,33%	1.684,54	4.351,73
Carro de Anestesia Metro Mod. Metroflex MFH3111A10	1	332340	07/NEHLX-006-A	2/2007080041	LUE23	2007	6	2008	2.268,75	33,33%	756,17	1.953,44
Porta Cateteres, refª MF240	15	332340	07/NEHLX-006-A	2/2007080041	LUE23	2007	6	2008	2.541,00	33,33%	846,92	2.187,87
Falta Carro de Emergência falta folha 1 da Fact.Pro-Forma 10	1	332340	07/NEHLX-006-A	2/2007080041	LUE23	2007	6	2008	2.622,01	33,33%	873,92	2.257,62
Electrocardiografos Mortara ELI 250	5	338718	07/NEHLX-215	2/2008010412	LUE23	2008	6	2008	21.966,95	33,33%	7.321,58	18.914,08
Cadeira/ Maca Multifunções Mod. 5050	6	342497 - Ag. Leas.	08/NEHLX-095	2/2008070759	LUE23	2008	7	2008	22.950,00	14,28%	3.277,26	8.193,15
Gerador Pacemaker de Câmara Dupla	1	341038	08/NEHLX-153	2/2008080529	LUE23	2008	8	2008	6.648,00	14,28%	949,33	2.294,22
Trolley de Desinfecção Manual	1	342553	08/NEHLX-271	2/2008090523	LUE23	2008	9	2008	3.080,29	33,33%	1.026,66	2.395,54
Gerador de Radiofrequência EP Shuttle c/ controlo remoto	1	344566	08/NEHLX-332	2/2008100799	LUE23	2008	10	2008	33.000,00	14,28%	4.712,40	10.602,90
Bomba de Irrigação	1	344566	08/NEHLX-332	2/2008100799	LUE23	2008	10	2008	9.000,00	14,28%	1.285,20	2.891,70
Monitores GAMMA XL modelo Infinity com mangueiras e Trolleys	6	342551	08/NEHLX-227	2/2008110481	LUE23	2008	11	2008	40.497,89	14,28%	5.783,10	12.530,05
Xenolita Avental diversos proteção	1	345660	08/NEHLX-322	2/2008120750	LUE23	2008	12	2008	6.534,00	33,33%	2.177,78	4.537,04
Cardiodesfibrilhador com pacemaker externo	1	346696	08/NEHLX-218	2/2008121236	LUE23	2008	12	2008	11.350,80	14,28%	1.620,89	3.376,85
Bancada EINA 3 Lug. RAL 9006/Pele Sint. Creme C/ 4 Braços	3	338544	07/NEHLX-205	2/2008040586	LUE23	2008	6	2008	2.682,57	12,50%	335,32	866,24
Mobiliário Modular - Cardiologia	1	340985		2/2008070427	LUE23	2008	7	2008	7.327,32	12,50%	915,92	2.289,80
Cadeira para doente com cabeceira incorporada	1	343333	08/NEHLX-073	2/2008070773	LUE23	2008	7	2008	657,60	33,33%	219,18	547,95
Armários/ Colunas Duplas compostas por FAV-9ZF1000	10						6	2010	17.749,61	12,50%	1.294,24	1.294,24
Coluna Zerofire 673X500X1887h	5						6	2010	2.928,20	12,50%	213,51	213,51
Base Rodada Zerofire 1346X506X183h	4						6	2010	1.130,82	12,50%	82,46	82,46
Suporte para Cateteres FAV-9ZF9020	27						6	2010	2.023,91	12,50%	147,58	147,58
Prateleiras Alumínio 600X400X60mm	2						6	2010	117,37	12,50%	8,56	8,56
Tabuleiro 600X400X100h	4						6	2010	218,28	12,50%	15,92	15,92
Calhas Técnicas e Braços Articulados Suspensos	1	332936	07/NEHLX-011	2/2007110213	LUE23	2007	6	2008	7.071,06	14,28%	1.009,75	2.608,52
Calhas Técnicas e Braços Articulados Suspensos	1	333464	07/NEHLX-011	2/2007110212	LUE23	2007	6	2008	11.761,38	14,28%	1.679,53	4.338,78
Instrumental para Bloco Operatório - Cardiologia	1		08/NEHLX-343	2/2008090443	LUB23	2008	9	2008	441,74	33,33%	147,23	343,54
Instrumental para Pacing - Especialidade Cardiologia	1		08/NEHLX-343	2/2008120735	LUB23	2008	12	2008	282,41	33,33%	94,13	196,10

A Função Receita do Hospital Privado: Caso prático da realização de uma PTCA no Hospital dos Lusíadas

Porta-Agulas Mayo-Hegar 160mm	3		08/NEHLX-343	2/2008120765	LUB23	2008	12	2008	112,20	100,00%		112,20
Bombas Infusoras para Quimioterapia	2		HL-173/09	2/2009050708	LUHE	2009	5	2009	2.640,00	33,33%	293,30	879,91
Turbina Gentlesilence Lux8000B - Kavo	1						9	2010	1.482,25	33,33%	164,68	164,68
Suporte de Soros c/ 5 Rodas Regulável - 4 Ganchos	6		08/NEHLX-257	2/2008060208	LUE23	2008	6	2008	290,40	100,00%		290,40
Manga de Pressão 1000MI Riester	6		08/NEHLX-204	2/2008060368	LUE23	2008	6	2008	424,71	100,00%		424,71
Suporte c/ balde rodado 2-036	2		08/NEHLX-215	2/2008060392	LUE23	2008	6	2008	347,50	100,00%		347,50
Carro de Roupa Hammerlit, Modelo EW 400	1		08/NEHLX-097	2/2008040064	LUE23	2008	6	2008	609,84	33,33%	203,26	525,09
Carro de Roupa Hammerlit, Modelo EW 410 AG/C	1		08/NEHLX-097	2/2008040064	LUE23	2008	6	2008	838,53	33,33%	279,48	721,99
Negatoscópio Duplo BG-203/1 Branco	2		08/NEHLX-138	2/2008040363	LUE23	2008	6	2008	210,76	100,00%		210,76
Ressuscitador Manual Pediátrico Modelo 0721S	2		08/NEHLX-158	2/2008050009	LUE23	2008	6	2008	75,60	100,00%		75,60
Aparelho de Aquecimento Mod. 505	2		08/NEHLX-188	2/2008050059	LUE23	2008	6	2008	2.541,00	12,50%	317,63	820,54
Serv. Instalação Calhas Técnicas Hospitalares e Braços Articulados Suspenso	1			2/2007090416	LUE23	2007	6	2008	348,48	33,33%	116,15	300,05
Ressuscitador Manual de Adulto Modelo 0720S	2		08/NEHLX-159	2/2008050006	LUE23	2008	6	2008	85,05	100,00%		85,05
Afastador Autoestático Jefferson	2		08-NEHLX-343	2/2009020829	LUE23	2008	2	2009	169,87	100,00%	14,16	169,87
Porta Agulas Mayo-Hegar	1		08-NEHLX-343	2/2009020830	LUE23	2008	2	2009	37,40	100,00%	3,12	37,40
Sensor de Referencia Cardiaco	1						3	2010	857,52	100,00%	714,60	714,60
Mesa Rodada - Ref. M120R	2		HL-133/09	2/2009060470	LUC23	2009	6	2009	1.320,00	12,50%	165,00	261,25
Banco Rodado Estofado a Preto, Fazzini	1						6	2008	42,35	100,00%		42,35
Degrau Duplo anti derrapante Pintura Epoxy	2						7	2008	90,62	100,00%		90,62
Suporte para Sondas e algalias Med: 150x100x480mm	10						7	2008	1.197,00	100,00%		1.197,00
Suporte Rodado p/ Lixo c/ Pedal Auto, Shut40FT	7						7	2008	1.512,00	12,50%	189,00	472,50
Vestiário Triplo c/ 12 CACA 900x400x1900	1						7	2008	334,80	12,50%	41,85	104,63
Armário aberto c/ 2 prat. 800x400x816 cinza	1						7	2008	114,00	100,00%		114,00
Cabide de Pared/ racks para colete e 1 par de luvas	9						7	2008	944,03	100,00%		944,03
Expositor roupa simples cromado	1						7	2008	69,38	100,00%		69,38
Cabide de Pared/ racks para colete e 1 par de luvas	2						9	2008	209,78	100,00%		209,78
LCD 26" Samsung ref. LE26S81BX e suportes	1	336736		2/2008020696	LUE23	2008	6	2008	695,77	14,28%	99,36	256,68
Monitores Samsung LCD 26"	1						7	2008	326,42	14,28%	46,61	116,53
Cofre Digital P2E 255x350x300-16,5Kg	1		08/NEHLX-226	2/2008050598	LUE23	2008	7	2008	164,99	12,50%	20,62	51,55
Candeeiros Cirurgicos e suportes	1	342546	SEM NE	2/2008080483	LUHE	2008	8	2008	380.166,78	14,28%	18.095,94	95.003,68
Equipamento de Angiocardiografia modelo Axiom Artis DFC	1	342546	SEM NE	2/2008080483	LUHE	2008	8	2008	1.117.023,60	14,28%	53.170,32	279.144,19
TOTAL									1.737.493,80		112.414,16	473.703,00

VI. ANEXO -- CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE HONORÁRIOS MÉDICOS

Quadro XLI – Excerto da tabela da ordem dos médicos

CÓDIGO TOM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	K'S
09.02.00.09	Cateterismo cardíaco esquerdo com ventriculografia esquerda coronariografia selectiva	115
09.04.01.03	Angioplastia coronária percutânea transluminal de um vaso	250
09.04.01.05	Implantação de prótese intracoronária "stent"	210
TOTAL		575

Fonte: Construção própria com base na TOM

Quadro XLII – Tabela de valorização dos honorários médicos por terceiro pagador

TERCEIRO PAGADOR	VALOR A PAGAR / K	K* VALOR	CUSTO
A	7,42	4.266,50	4.266,50
G	4,00	2.300,00	2.185,00
E	3,50	2.012,50	1.911,88
D	3,50	2.012,50	1.911,88
B	2,80	1.610,00	1.529,50
C	3,75	2.156,25	2.048,44
H	NA	1.340,00	1.340,00
I	NA	1.340,00	1.340,00

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida no departamento comercial do Hospital dos Lusíadas

Quadro XLIII – Quadro de custos e proveitos da componente honorários médicos

EPISÓDIO	PAGADOR	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADOS
1	A	4266,30	4266,50	-0,20
2	B	0,00	1529,50	-1529,50
3	B	0,00	1529,50	-1529,50
4	B	0,00	1529,50	-1529,50
5	B	0,00	1529,50	-1529,50
6	C	0,00	2048,44	-2048,44
7	C	0,00	2048,44	-2048,44
8	C	0,00	2048,44	-2048,44
9	C	0,00	2048,44	-2048,44
10	C	0,00	2048,44	-2048,44
11	C	0,00	2048,44	-2048,44
12	C	0,00	2048,44	-2048,44
13	C	0,00	2048,44	-2048,44
14	C	0,00	2048,44	-2048,44
15	D	0,00	1911,88	-1911,88
16	D	0,00	1911,88	-1911,88
17	D	0,00	1911,88	-1911,88
18	D	0,00	1911,88	-1911,88
19	D	0,00	1911,88	-1911,88
20	D	0,00	1911,88	-1911,88
21	E	1880,50	1911,88	-31,38
22	E	1880,50	1911,88	-31,38
23	F	0,00	1340,00	-1340,00
24	E	2639,00	1911,88	727,13
25	G	2300,00	2185,00	115,00
26	H	991,67	1340,00	-348,33
27_1	H	991,67	1340,00	-348,33
27_2	H	991,67	1340,00	-348,33
28	H	991,67	1340,00	-348,33
29	H	991,67	1340,00	-348,33
30	H	991,67	1340,00	-348,33
31	H	991,67	1340,00	-348,33
32	H	991,67	1340,00	-348,33
33	H	991,67	1340,00	-348,33
34	H	991,67	1340,00	-348,33
35	H	991,67	1340,00	-348,33
36	I	991,67	1340,00	-348,33
37	I	991,67	1340,00	-348,33

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital dos Lusíadas

VII. ANEXO — CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE CONSUMOS

Quadro XLIV – Quadro de custos e proveitos da componente consumos

EPISÓDIO	PAGADOR	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADOS
1	A	1849,85	669,64	1180,21
2	B	2834,57	1052,71	1781,85
3	B	2147,51	719,61	1427,90
4	B	2262,23	852,68	1409,55
5	B	1902,17	657,07	1245,10
6	C	1217,53	527,85	689,68
7	C	2190,72	1239,91	950,81
8	C	1861,11	663,01	1198,10
9	C	2135,25	769,15	1366,10
10	C	2560,39	2071,56	488,83
11	C	1119,11	773,46	345,65
12	C	1696,83	796,84	899,99
13	C	3630,34	1952,50	1677,84
14	C	5216,75	2770,69	2446,06
15	D	2835,59	1363,22	1472,37
16	D	924,44	663,14	261,30
17	D	3123,85	2308,13	815,72
18	D	2182,83	1554,58	628,25
19	D	1712,04	795,48	916,57
20	D	1670,46	781,99	888,47
21	E	2188,27	1546,57	641,70
22	E	2200,58	849,16	1351,42
23	F	1920,97	703,67	1217,30
24	E	1958,72	688,73	1269,99
25	G	1939,78	623,04	1316,73
26	H	2020,42	868,89	1151,54
27_1	H	3319,15	2204,53	1114,62
27_2	H	8145,94	4152,93	3993,01
28	H	2477,14	1280,62	1196,52
29	H	29211,08	12627,25	16583,83
30	H	962,10	653,86	308,24
31	H	2206,02	911,41	1294,61
32	H	865,62	580,15	285,47
33	H	847,06	582,69	264,37
34	H	1858,86	777,76	1081,11
35	H	1733,08	733,60	999,48
36	I	2010,57	714,01	1296,56
37	I	1008,24	671,61	336,63

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital dos Lusíadas

VIII. ANEXO – CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE STENT

Quadro XLV – Quadro de custos e proveitos da componente stent

EPISÓDIO	PAGADOR	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADOS
1	A	1488,24	1378,00	110,24
2	B	1638,00	1378,00	260,00
3	B	3276,00	2756,00	520,00
4	B	1638,00	1378,00	260,00
5	B	1379,40	1149,50	229,90
6	C	1653,60	1378,00	275,60
7	C	828,92	720,80	108,12
8	C	1512,00	1272,00	240,00
9	C	1512,00	1272,00	240,00
10	C	2887,50	2638,00	249,50
11	C	1501,50	1365,00	136,50
12	C	1501,50	1378,00	123,50
13	C	3003,00	2730,00	273,00
14	C	3370,80	2787,80	583,00
15	D	4234,50	2883,20	1351,30
16	D	1501,50	1365,00	136,50
17	D	1501,50	1365,00	136,50
18	D	3003,00	2730,00	273,00
19	D	1501,50	1378,00	123,50
20	D	1501,50	1365,00	136,50
21	E	1386,00	1260,00	126,00
22	E	3150,00	2625,00	525,00
23	F	1638,00	1365,00	273,00
24	E	1653,60	1378,00	275,60
25	G	1638,00	1378,00	260,00
26	H	3150,00	2625,00	525,00
27_1	H	3003,00	2730,00	273,00
27_2	H	2887,50	2625,00	262,50
28	H	1638,00	1365,00	273,00
29	H	3291,60	2756,00	535,60
30	H	3003,00	2743,00	260,00
31	H	3276,00	2743,00	533,00
32	H	1501,50	1365,00	136,50
33	H	1501,50	1378,00	123,50
34	H	1638,00	1365,00	273,00
35	H	4929,60	4134,00	795,60
36	I	1638,00	1378,00	260,00
37	I	1386,00	1260,00	126,00

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital dos Lusíadas

IX. ANEXO – CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE CATETER BALÃO

Quadro XLVI – Quadro de custos e proveitos da componente cateter balão

EPISÓDIO	PAGADOR	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADOS
1	A	0,00	0,00	0,00
2	B	2916,00	1883,50	1032,50
3	B	576,00	484,00	92,00
4	B	0,00	0,00	0,00
5	B	504,00	430,50	73,50
6	C	0,00	0,00	0,00
7	C	705,60	423,50	282,10
8	C	1260,00	492,00	768,00
9	C	1845,48	907,50	937,98
10	C	1080,00	984,00	96,00
11	C	0,00	0,00	0,00
12	C	576,00	492,00	84,00
13	C	2988,00	1920,00	1068,00
14	C	3258,96	1452,00	1806,96
15	D	1341,48	484,00	857,48
16	D	1152,00	960,00	192,00
17	D	0,00	0,00	0,00
18	D	1542,00	1320,00	222,00
19	D	1341,48	484,00	857,48
20	D	1845,48	900,00	945,48
21	E	1656,00	1380,00	276,00
22	E	576,00	480,00	96,00
23	F	576,00	480,00	96,00
24	E	1260,00	484,00	776,00
25	G	576,00	492,00	84,00
26	H	576,00	480,00	96,00
27_1	H	504,00	480,00	24,00
27_2	H	0,00	0,00	0,00
28	H	2682,96	1327,00	1355,96
29	H	1209,60	854,00	355,60
30	H	0,00	0,00	0,00
31	H	2772,00	1769,50	1002,50
32	H	0,00	0,00	0,00
33	H	504,00	420,00	84,00
34	H	1341,48	480,00	861,48
35	H	576,00	492,00	84,00
36	I	0,00	0,00	0,00
37	I	1584,00	1390,50	193,50

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital dos Lusíadas

X. ANEXO – CÁLCULO DOS CUSTOS E PROVEITOS ASSOCIADOS À COMPONENTE MCDTS

Quadro XLVII – Quadro de custos e proveitos da componente MCDTs

EPISÓDIO	PAGADOR	PROVEITOS	CUSTOS	RESULTADOS
1	A	222,69	56,36	166,33
2	B	1083,10	471,40	611,70
3	B	377,70	160,36	217,34
4	B	156,80	65,81	90,99
5	B	150,80	78,10	72,70
6	C	352,49	166,75	185,74
7	C	473,39	192,37	281,03
8	C	138,32	55,79	82,53
9	C	507,89	211,16	296,73
10	C	100,30	51,78	48,52
11	C	127,97	58,65	69,32
12	C	116,76	41,77	74,99
13	C	46,85	23,45	23,40
14	C	397,62	164,03	233,59
15	D	72,26	34,90	37,36
16	D	169,31	55,85	113,46
17	D	555,77	231,87	323,90
18	D	60,67	24,89	35,78
19	D	97,26	40,05	57,21
20	D	108,38	49,78	58,60
21	E	279,55	86,97	192,58
22	E	93,56	40,56	53,01
23	F	117,69	61,52	56,17
24	E	120,86	62,08	58,78
25	G	219,32	79,54	139,78
26	H	485,95	181,56	304,39
27_1	H	438,93	116,98	321,95
27_2	H	4196,20	1473,39	2722,81
28	H	602,26	167,97	434,29
29	H	7413,09	2499,67	4913,42
30	H	600,43	246,72	353,71
31	H	528,00	179,57	348,43
32	H	436,04	161,92	274,12
33	H	427,49	160,25	267,24
34	H	457,00	148,82	308,18
35	H	525,41	173,03	352,38
36	I	156,73	53,78	102,95
37	I	219,10	63,47	155,63

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital dos Lusíadas

XI. FACTURAÇÃO DE UMA ANGIOPLASTIA COM COLOCAÇÃO DE UM STENT

A. PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PTCA

- Consulta prévia (se o doente não entrou pelas urgências) e diagnóstico do médico (determinando a necessidade);
- Pedido prévio de autorização à companhia de Seguros. O *Back Office* elabora uma proposta de cirurgia e encaminha a proposta para a aprovação da seguradora;
- Elaboração de um orçamento, para o doente onde são descriminados os honorários médicos e as diárias de internamento. Apenas os fármacos e os consumos não se encontram orçamentados em resultado da sua elevada variabilidade;
- O doente é contactado e informado do orçamento/provisão de encargos;
- No dia previamente agendado o doente dirige-se directamente ao serviço (cardiologia);
- Os registos do código do acto e do tempo de sala de hemodinâmica, consumíveis, fármacos e anestesia, são efectuados pela equipe de enfermagem, directamente no sistema de gestão de doentes;
- A equipe clínica registar os seus actos no Processo Clínico Electrónico, de acordo com a tabela da ordem dos médicos; (Os códigos associados à PTCA, são considerados pela TOM como MCDT);
- O doente recebe uma factura pormenorizada com a alta, devendo a mesma ser saldada pelo próprio ou por um terceiro pagador.

B. PARTICULARES E SUBSISTEMAS PRIVADOS

- Faz-se o levantamento dos consumos (custeio directo) associados a um determinado procedimento, ao longo do processo produtivo;
- Desconhece-se os custos associados à diária de internamento e à Sala de hemodinâmica, para o qual são cobrados valores “dentro da média do mercado”;

- Alguns custos não são facturados, como por exemplo o enfermeiro que compõe a equipa que opera o doente, esterilização e todo o tipo de custos indirectos;
- Acredita-se que a recolha dos consumos de fármacos e material clínico efectuado pelos doentes é o real, estando de acordo com a imputação dos enfermeiros na ferramenta de gestão hospitalar;
- A aplicação de facturação recolhe a informação da ferramenta de gestão hospitalar, na qual são imputados os consumos, de consumíveis e de fármacos pelos enfermeiros e da aplicação de processo clínico no qual os médicos carregam os actos médicos efectuados no doente;
- Os honorários médicos são facturados com base na tabela da ordem dos Médicos (a ultima actualização reporta a 1997);
- Os códigos de facturação apresentam valores distintos em função do acordado com os terceiros pagadores;
- A facturação das readmissões encontra-se prevista e é paga pelo terceiro pagador se tal for aceite pelo director clínico. Caso não seja aceite, será o doente responsável pelo pagamento da readmissão.

C. SUBSISTEMAS PUBLICOS (ADM/ADSE E PT)

- Nos acordos celebrados entre os Subsistemas públicos e o Hospital dos Lusíadas, não existem pacotes acordados, excepto para os partos e as cesarianas, para os restantes procedimentos efectuados no hospital, deverá facturar-se à linha, de acordo com o valor tabelado pela ADSE;
- A consulta da informação encontra-se no site da ADSE/ Downloads/prestadores/ Tabelas de regime convencionado (cateterismos);
- O médico lança o acto de acordo com a TOM e o sistema informático transforma na tabela da ADSE;
- A hemodinâmica não existe na tabela da ADSE, sendo necessário agrupar procedimentos médicos que estejam convencionados;
- Decomposição da facturação para a ADSE consiste em duas facturas uma para o terceiro pagador e outra para o utente com base no ratio de 80/20.

XII. TABELA DE PACOTES DE PREÇOS FECHADOS CARDIOLOGIA INTERVENÇÃO/ HEMODINÂMICA

A. TERCEIRO PAGADOR B

Quadro XLVIII – Quadro de pacotes contratados com o terceiro pagador B

DESCRIPTIVO	VALOR €
Cateterismo Diagnóstico	1371,70
Cateterismo Diagnóstico	2194,70
Cateterismo Diagnóstico + Cateterismo de Intervenção	2693,50

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do departamento comercial do Hospital dos Lusíadas

Os valores indicados incluem todas as despesas associadas a esses procedimentos, nomeadamente:

- Honorários médicos da equipe interveniente, excepto o anestesista;
- Piso de sala de angiografia e utilização de equipamentos;
- Custos radiológicos, consumíveis não específicos e MCDT's;
- Material específico (cateteres e/ou fios guia e cateteres sem balão de suporte aos fios guias);
- Kit de Angioplastia (seringa insufladora, torque, válvula hemostática, agulha para fios guias).

Custos adicionais:

- Caso Seja necessário a intervenção de um Anestesista, será debitado o valor do código 50.01.00.03 e se for necessário, o do código 50.01.00.04 da TOM/97;
- Custos radiológicos (contraste não iónico);
- Outro material específico cateter de balão, Stent;
- Internamento.

B. TERCEIRO PAGADOR C**Quadro XLIX – Quadro de pacotes contratados com o terceiro pagador C**

Códigos Pacote HL	Código Pag. C	Códigos HL	Descritivo	Valor €
ACTO SIMPLES				
97060001	09029509	9020009	Cateterismo Cardíaco Esquerdo, Coronariografia Selectiva, Ventriculografia	1895,00
97060002	09029510	9020010	Cateterismo Cardíaco Esquerdo, Coronariografia Selectiva, Ventriculografia, Aortografia	2195,00
97060004	09029511	9020011	Cateterismo Cardíaco Esquerdo E Direito, Coronariografia Selectiva, Ventriculografia, Aortografia	2400,00
97060003	09029513	9020001 9020009	Cateterismo Cardíaco Esquerdo E Cateterismo Cardíaco Direito, Coronariografia, Ventriculografia	2145,00
TÉCNICAS TERAPÊUTICAS				
97060010	09049501	9040103	Angioplastia Coronária Percutânea Transluminal de Um Vaso	3465,00
97060014	09049502	9040104	Angioplastia Coronária Percutânea Transluminal por cada Vaso Adicional	900,00
97060011	09049505	9040103 9040105	Angioplastia Coronária Percutânea Transluminal de Um Vaso + Implantação da Protese Intra-Coronária ("Stent")	4590,00
98080136	09049511	9020009/10/11 9040103 9040105	Cateterismo Cardíaco Esquerdo + Angioplastia Coronária Percutânea Transluminal de Um Vaso + Implantação da Protese Intra-Coronária ("Stent")	5537,50

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do departamento comercial do Hospital dos Lusíadas

Os preços fechados Totais de Hemodinâmica abrangem as despesas inerentes aos procedimentos, nomeadamente:

- Todos os honorários médicos da equipe de interveniente (excepto anestesia);
- Piso de Sala de Angiografia / Hemodinâmica e recobro;
- Utilização de equipamentos;
- Consumíveis e Material não específicos, kits de Angioplastia/Angioplastia;
- Meios auxiliares de Diagnóstico durante o Internamento;
- Pensos Pós-cirúrgicos nos 10 dias seguintes à alta hospitalar.

Os valores não Incluem:

- Anestesia - acresce o valor de 145€;
- Internamento com pernoita;
- O valor do Stent Intra-coronário.

C. TERCEIRO PAGADOR F

Trata-se de um valor codificado para outra unidade prestadora de saúde do grupo HPPSaúde, tendo sido facturado, uma "ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSL. PERC., CADA VASO ADIC. OU C/A ESTEN. ADIC. NO M/VASO OU BYPASS", pelo valor de 12.504,02 euros, ao qual se exclui o valor do stent coronário.

D. TERCEIRO PAGADOR D

Quadro L – Quadro de pacotes contratados com o terceiro pagador D

CÓDIGOS PACOTE	CÓDIGO PAG. D	CNVRAM	DESCRITIVO	VALOR €
97060001	950301T	09020009	PT - Cateterismo Coração Esq. + Coronariografia Selectiva + Ventriculografia	1750,00
97060010	950321T	09040106	PT - Angioplastia Coronária Percutânea Transluminal de um Vaso	3750,00
97060014	950322T	09040104	PT - Angioplastia Coronária Percutânea Transluminal de um Vaso (Por cada vaso adicional)	515,00
98080102	950323T	09040103 09020009	PT - Cateterismo Coração Esq. + Coronariografia Selectiva + Ventriculografia (seguido de angioplastia)	4500,00

Fonte: Construção própria com base na informação recolhida do departamento comercial do Hospital dos Lusíadas

Estes valores abrangem todas as despesas associadas aos procedimentos codificados, nomeadamente:

- Honorários Médicos da equipa interveniente incluindo o Anestesiista
- Piso de Sala e utilização de equipamentos
- Custos Radiológicos (Contraste não iónico)
- Consumíveis não específicos
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Material específico (cateteres e/ou fios guia, cateteres sem balão – de suporte aos fios guias, cateteres de balão)
- Kit de Angioplastia (seringa insufladora, torque, válvula hemostática, agulha para os fios guia)
- Medicação específica e não específica, incluindo Angio Seal e Reopro
- 1 diária de internamento

Notas Adicionais:

- O custo unitário do stent intra-coronário fica limitado a um máximo de 1500 euros caso se trate de um "stent revestido" ou 900 euros caso se trate de "stent não revestido".